

REPUBLIQUE DU NIGER



MINISTERE DE LA FONCTION
PUBLIQUE, DU TRAVAIL
ET DE L'EMPLOI

.....
MUTUELLE DE SANTE DES AGENTS DE L'ETAT-MSAE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

.....
DIRECTION EXECUTIVE

Code d'immatriculation : 1A/0302021/NE.

MANUEL INSTITUTIONNEL DE GESTION DES PRESTATIONS

Date : Septembre 2025

SOMMAIRE

1. Page de garde
2. Introduction
3. Objectifs du manuel
4. Règles de gestion des prestations
5. Partenaires de la MSAE
6. Plateau technique des structures conventionnées
7. Tarification des prestations de soins
8. Paquets de prestations prises en charge
9. Circuit de prise en charge des bénéficiaires
10. Modalités de recours et contrôle des prestations
11. Procédure de règlement des prestations
12. Acteurs, outils et tâches principales

INTRODUCTION

La fonction principale de la MSAE est la prise en charge de tout ou partie des dépenses de prestations de ses bénéficiaires, suivant une liste précisément définie. Cette prise en charge constitue la principale source de dépenses de la MSAE. La gestion des prestations joue de ce fait un rôle important. Elle vise notamment à :

- Réaliser un contrôle permanent des droits des bénéficiaires à la prise en charge de leurs dépenses de prestations ;
- Ordonner et exécuter le paiement des factures des prestataires de soins ;

La gestion des prestations repose sur un ensemble de techniques et de documents liés à la prise en charge de leurs dépenses de soins. Elle s'appuie également sur des relations contractuelles entre la MSAE et les prestataires de soins, et aborde le suivi des conventions entre la MSAE et les prestataires de services.

I. REGLES DE GESTION

Les bénéficiaires peuvent accéder aux prestations offertes par la MSAE dans les structures de santé avec lesquelles elle a signé des conventions selon les conditions suivantes :

- ❖ Les bénéficiaires peuvent accéder aux prestations offertes par la MSAE dans les structures de santé avec lesquelles elle a signées des conventions selon les conditions suivantes :
 - avoir terminé la période d'observation de six (6) mois ;
 - être à jour de leurs cotisations ;
 - disposer de leur carte médicale en cours de validité.
- ❖ Les bénéficiaires de la MSAE sont pris en charge suivant un système de tiers payant.
- ❖ Les bénéficiaires de la MSAE ont droit aux prestations de santé dans toutes les formations sanitaires conventionnées.
- ❖ Les bénéficiaires doivent respecter la pyramide sanitaire pour bénéficier des prestations offertes.
- ❖ En cas d'hospitalisation dans un centre conventionné, l'adhérent ou un membre de sa famille a le devoir d'informer la MSAE dans les 48 heures. L'hospitalisation non déclarée ne peut faire l'objet d'une prise en charge;
- ❖ En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire de la MSAE dans une formation sanitaire conventionnée, la catégorie retenue pour le paquet minimum garanti est celle qui est conforme au décret n°96-456/PRN/MSP du 28 novembre.
- ❖ Les interventions chirurgicales feront l'objet d'un traitement concerté entre la formation conventionnée et la mutuelle ; en cas d'urgence la MSAE doit être informée dans les vingt-quatre (24) heures.
- ❖ la consommation annuelle par adhérent ne doit dépasser 250 000 fcfa ;
- ❖ Tout adhérent reconnu coupable de fraude, tentative de fraude ou malversations, faux ou escroquerie sera soumis aux sanctions prévues par les dispositions statutaires ;
- ❖ Toutes prestations ou produits exclus de la prise en charge n'engagent pas la MSAE.

II. LES PARTENAIRES DE LA MSAE

La MSAE formalise sa collaboration avec les prestataires par des conventions afin de permettre à ses adhérents de bénéficier des services en soins de santé et produits pharmaceutiques.

2.1. Les Structures de Santé

Les structures sanitaires publiques (centres de santé, hôpitaux régionaux, hôpitaux nationaux, hôpitaux de district, maternités) sont les partenaires privilégiés de la Mutuelle de santé des agents de l'Etat avec lesquelles, elle signe des conventions-

Elle peut aussi faire recours aux formations sanitaires privées. Elle peut également recourir aux services de médecins-conseils pour :

- orienter les bénéficiaires vers les structures sanitaires agréées ;
- maîtriser les dépenses de prestations de la Mutuelle par le contrôle des coûts et la possibilité de négocier des tarifs préférentiels.

Pour une gestion de proximité des besoins de santé de ses membres la mutuelle dispose de partenaires sur l'ensemble du territoire national.

La liste des prestations exclues de la prise en charge de la MSAE-NIGER est jointe, en annexe.

Pour toutes les prestations couvertes par la MSAE, le bénéficiaire est tenu, s'il y a lieu, de verser directement au centre prestataire, le pourcentage à sa charge.

En cas d'urgence, le bénéficiaire dépose sa carte médicale auprès du prestataire en attendant que la lettre de garantie lui soit délivrée au plus tard dans les 48 heures. La lettre de garantie est personnelle et ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une réutilisation.

2.2 Les Pharmacies

Par des conventions, les pharmacies offrent la possibilité aux bénéficiaires de s'approvisionner en produits pharmaceutiques, selon les modalités suivantes :

Libellé	Part de la MSAE	Part Bénéficiaires	Total
Produits génériques	65%	35%	100%
Produits de spécialités	35%	65%	100%

Pour bénéficier de ces dispositions, le bénéficiaire devra présenter à la pharmacie conventionnée impérativement les documents suivants :

- l'ordonnance médicale portant signature de l'infirmière ou du médecin traitant ;
- le bon de commande signé et délivré par un délégataire de la MSAE ;
- la carte médicale individuelle en cours de validité.

Tout bénéficiaire doit s'acquitter de ses obligations dans les proportions établies ci-dessus.

Dans les conventions, les actes et documents émanant des prestataires de services doivent comporter des caractères apparents, des insignes et la raison sociale du service concerné.

Aucune ordonnance n'est valable au-delà de 72 heures de sa date de délivrance.

III. LE PLATEAU TECHNIQUE

MSAE-NIGER délivre les documents nécessaires aux bénéficiaires pour couvrir tous les soins et services disponibles à :

- vingt pour cent (20%) pour les agents pris en charge par l'Etat à 80%
ou ;
- dix pour cent (10%) pour les agents pris en charge par l'Etat à 90% ;
- quatre vingt pour cent (80) pour les agents ne bénéficiant pas de prise en charge de l'Etat ;
- pour les hospitalisations cf. Décret 96 456/PRN/MSP 28/11/1996 ;
- l'accès à des produits pharmaceutiques.

Le choix des structures publiques sanitaires se fonde sur la disponibilité d'un plateau technique apte à satisfaire les besoins de santé des bénéficiaires de la Mutuelle.

En cas d'insuffisance du plateau technique des structures sanitaires publiques ou privées agrégées par l'Etat, la Mutuelle peut s'orienter vers les structures privées non agrégées présentant un meilleur plateau technique.

Le choix des officines privées de pharmacie se fonde sur leur capacité à assurer une disponibilité permanente des médicaments.

La Direction Exécutive tient une liste de tous les prestataires conventionnés par la Mutuelle. Cette liste est mise à jour régulièrement. Le DE peut retirer de cette liste tout prestataire dont les services sont jugés insatisfaisants.

IV. TARIFICATION DES PRESTATIONS

Les tarifs négociés ne peuvent excéder ceux appliqués à l'Etat. Les factures sont envoyées mensuellement à la MSAE et réglées selon les dispositions conventionnelles après vérification.

Pour les structures sanitaires non agrégées, la Mutuelle peut négocier des tarifs préférentiels dont les taux sont de même niveau que ceux appliqués par les structures privées agrégées.

Chaque facture doit comporter toutes les informations détaillées et validées par le prestataire.

En cas de non-respect de ces tarifs, la MSAE-Niger se réserve le droit de ne pas prendre en charge la différence.

V. PAQUETS DE PRESTATIONS

Les prestations sont organisées en paquets : soins complémentaires délivrés par les centres couverts par l'AMO et soins de base non couverts. Les taux de prise en charge varient de 10% à 80% selon la nature des soins et type de structure. Un paquet spécifique pour verre correcteur est fixé à 30 000 FCFA/personne.

VI. CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE DU BENEFICIAIRE

Les prestations fournies par la Mutuelle à ses bénéficiaires sur la base d'une lettre de garantie est délivrée à l'adhérent à jour de ses cotisations en cas de maladie survenue à lui-même ou à l'un de ses ayants droit, sur présentation de :

- la carte individuelle médicale ;
- la lettre de garantie dûment établie et délivrée par la MSAE ;
- le bon de commande pour la pharmacie;
- la prise en charge médicale dûment établie et délivrée par l'Employeur (Exception faite aux parents et les enfants adoptifs).

Tout bénéficiaire doit obligatoirement présenter ses documents avant d'être servi ; toute personne n'ayant pas de carte médicale malgré la présentation d'une lettre de garantie ne doit pas être servie.

Ainsi, toute prestation effectuée sans identification préalable et précise du bénéficiaire n'engage que le Prestataire.

Le volet « attestation de services » dûment rempli par le prestataire est retourné avec la facture à la Mutuelle selon les délais convenus. La facture indique la structure des coûts (montant à la charge de l'adhérent, montant à la charge de la Mutuelle).

Pour la pharmacie, après consultation, l'agent de santé délivre une ordonnance au patient qui se présente à la MSAE pour les formalités d'usage.

Toutefois, en cas d'hospitalisation, l'adhérent (ou un proche) doit impérativement informer la mutuelle dans les 48 heures. L'hospitalisation non déclarée ne peut faire l'objet d'un paiement.

Les interventions chirurgicales font l'objet d'une concertation préalable avec la mutuelle (sauf urgences).

La lettre de garantie délivrée par la MSAE est obligatoire avant toute prestation.

VII. MODALITES DE RECOURS ET CONTROLE DES PRESTATIONS

La MSAE définit des modalités simples et cohérentes pour faciliter l'accès aux soins et prévenir abus et fraudes. Les bénéficiaires doivent être à jour de cotisation, se présenter aux prestataires conventionnés munis de tous les documents, respecter la pyramide sanitaire et s'acquitter du ticket modérateur.

VIII. CONTROLE

9.1 Contrôle des droits aux prestations

Le contrôle des droits aux prestations est réalisé avant, pendant et après le recours aux soins des bénéficiaires. Ce contrôle se fait à deux niveaux que sont la MSAE et les prestataires.

9.2 Contrôle a priori (avant le recours aux soins)

Pour le paquet des soins complémentaires délivrés par les publics, l'accès aux structures de santé non conventionnées est direct. Autrement dit le bénéficiaire utilise sa carte d'identité individuelle pour être pris en charge muni d'un certificat de prise en charge médicale délivrée par son employeur.

Au niveau des structures sanitaire conventionnées par la MSAE, l'accès aux services liés aux consultations médecins, aux analyses et aux radiographies est assujetti à la présentation de lettre de garantie, d'une carte médicale et un certificat de prise charge délivré par l'employeur.

Cette même modalité est applicable pour l'accès aux prestations offertes au niveau des hôpitaux en plus de la lettre de référence.

Concernant les médicaments, la MSAE délivre un bon de commande sur présentation d'une ordonnance provenant des prestataires des structures sanitaires publiques.

Le contrôle se fait en amont au niveau de la MSAE pour les prestations qui nécessitent la présentation d'une lettre de garantie ou d'un bon de commande de médicaments. Le bénéficiaire doit se présenter au bureau de la MSAE avant de se rendre à la structure de santé conventionnée ou à la pharmacie conventionnée.

Pour cela, la Direction Exécutive de la MSAE aura pour tâches de :

- Vérifier l'identité du patient en contrôlant qu'il est bien inscrit sur le registre d'adhésion ainsi que son code (numéros d'identification) de bénéficiaire ;
- Contrôler sur le registre de cotisations que le bénéficiaire est à jour de ses

cotisations et n'est pas sous le coup d'une sanction qui suspend ses droits d'accès ;

- Délivrer éventuellement une lettre de garantie et orienter le bénéficiaire vers le prestataire ;
- Informer le bénéficiaire des modalités d'accueil et de prise en charge chez le prestataire.

NB : *MSAE doit s'adjoindre des services des praticiens consultants dotés d'expertises en contrôle médical pour la vérification des ordonnances.*

9.3 Contrôle au niveau du prestataire de services

Selon le circuit défini par la MSAE, le contrôle est réalisé par le prestataire de soins et dépend donc du contrat qui régit les relations entre celui-ci et la MSAE.

Lorsque ce contrôle est prévu, le prestataire de soins doit :

- vérifier la validité de la carte individuelle ;
- vérifier l'identité physique de la personne ;
- vérifier la validité de la lettre de garantie,
- vérifier la validité du certificat de prise en charge au cas où s'est nécessaire.

9.4 Contrôle a posteriori (après le recours aux soins)

Ce contrôle est fait par le chef de département des prestations et réclamations ou les médecins conseils . Ce contrôle consiste à :

- vérifier que les personnes inscrites sur les factures sont effectivement des bénéficiaires en règle avec la MSAE ;
- vérifier la conformité et la validé de la facture (cachet, signature, date, ...) ;
- vérifier les taux de prise en charge appliqué et les prestations éligibles ;
- vérifier la conformité des actes facturés avec le paquet de services défini dans la convention signée entre la MSAE et les structures de santé ;
- vérifier la concordance des informations contenues dans les attestations de soins et les factures ;
- contrôler la conformité des montants des actes facturés à la MSAE aux tarifs négociés dans la convention.

IX. PROCEDURE DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les factures transmises par les prestataires sont vérifiées par les services compétents et réglées par virement ou chèque selon procédures comptables. Les pièces justificatives et structure des coûts doivent être jointes.

X. ACTEURS ET OUTILS IMPLIQUÉS

Acteurs	Outils utilisés	Tâches principales	Responsabilités clés
Bénéficiaires (agents & ayants droit)	- Carte médicale individuelle - Lettre de garantie - Bon de commande médicament - Certificat de prise en charge médicale	- Se présenter aux structures conventionnées - Fournir les documents requis (carte, lettre, bon) - Respecter la pyramide sanitaire - Informer la MSAE en cas d'hospitalisation - S'acquitter du ticket modérateur	- Utiliser les prestations dans le respect des règles - Contribuer à la soutenabilité financière de la Mutuelle - Prévenir les abus et fraudes
Prestataires de soins (centres de santé, hôpitaux, cliniques, pharmacies)	- Fiche de référence - Attestation de soins - Facture mensuelle - Ordonnances médicales - Registre interne des actes	- Vérifier la validité carte/lettre de garantie - Assurer le diagnostic & traitement - Établir la fiches de référence et attestations de soins - Fournir les médicaments & produits - Émettre les factures - Respecter les tarifs négociés	- Garantir la qualité des soins - Respecter les conventions signées avec la MSAE - Contribuer à la maîtrise des coûts et à la traçabilité
Agent de guichet MSAE / Délégué	- Registre des prestations - Lettre de garantie - Bon de commande médicaments - Logiciel de gestion (si disponible)	- Vérifier l'identité et la validité de la carte - Contrôler les droits du bénéficiaire - Délivrer la lettre de garantie / bon de commande - Orienter le bénéficiaire vers le prestataire	- Première interface entre MSAE et adhérents - Garantir l'équité d'accès aux prestations - Prévenir la fraude en amont
Chef de Département Prestations & Réclamations	- Registre des prestations - Factures & attestations de soins - Base de données des prestations et des réclamations	- Réceptionner les factures - Contrôler à posteriori (droits, factures, tarifs, conformité) - Établir la note de rejet en cas d'irrégularité - Transmettre les factures validées au DE - Gérer et traiter les réclamations des bénéficiaires	- Assurer le contrôle de qualité du processus - Garantir la conformité des dépenses - Défendre les intérêts financiers de la MSAE

Directeur Exécutif (DE)	- Factures validées - Ordre de paiement - Rapports d'exécution	- Réceptionner les factures validées - Transmettre au Département finances - Approuver les ordres de paiement - Superviser l'ensemble du processus - Rendre compte au Conseil d'Administration	- Supervision générale - Garantir la transparence et la redevabilité - Prendre des décisions stratégiques en cas de litige
Chef Département Finances & Comptabilité	- Factures - Registre comptable - Ordre de paiement - Rapport financier périodique - Journal comptable - Chèques / ordres de virement - Bordereaux bancaires	- Vérifier les factures validées - Établir l'ordre de paiement - Enregistrer dans le registre comptable les factures - Consolider les rapports financiers - Préparer chèque ou virement - Soumettre au DE pour signature - Enregistrer dans les comptes - Archiver les pièces comptables	- Garantir la bonne gestion financière - Sécuriser les flux financiers - Produire une reddition des comptes fiable - Exécution technique des paiements - Tenue rigoureuse de la comptabilité - Garantir la traçabilité financière
Médecins-conseils / Contrôle médical	- Ordonnances - Rapports de contrôle - Registre des anomalies médicales	- Vérifier la validité médicale des ordonnances - Contrôler la conformité des actes médicaux - Détecter les fraudes et abus - Conseiller sur l'orientation des bénéficiaires.	- Protéger la mutuelle contre les abus médicaux - Améliorer la pertinence des soins - Servir d'expert technique dans les litiges médicaux