

MUTUELLE DE SANTE DES AGENTS DE L'ÉTAT



MANUEL DE PROCEDURES

INTRODUCTION

Malgré les efforts déployés depuis l'indépendance par l'Etat dans la prise en charge sanitaire de ses agents, force est de constater que cette couverture est restée insuffisante avec toutes ses conséquences sur la productivité et le rendement des agents de l'Etat.

En outre, le bas niveau des salaires a entraîné une baisse du pouvoir d'achat des agents de l'Etat qui ont eu pour conséquences la réduction de leur capacité à prendre en charge les coûts des soins de santé pour eux-mêmes et leur famille.

Or, l'accès aux soins de santé est tributaire des moyens du malade plutôt que des besoins de santé, compte tenu du recouvrement des coûts de soins de santé dans les formations sanitaires publiques. Cette situation crée des exclusions envers les agents de l'Etat ayant des revenus modestes.

Pour cette raison, les pouvoirs publics se sont donnés comme objectif l'amélioration et une meilleure prise en charge de la santé des citoyens en général et des travailleurs en particulier. C'est dans ce cadre qu'il est créé la Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat.

La Mutuelle de santé créée en application de la loi n° 2008 - 10 du 30 Avril 2008, portant régime général des mutuelles de santé en République du Niger est régie par les principes de la libre adhésion, de la solidarité et de la non-discrimination. Elle fonctionne dans le respect des principes de démocratie participative, de responsabilité des adhérents et du contrôle de la gestion de la Mutuelle par les adhérents.

Les adhérents peuvent, par un acte non équivoque de volonté, renoncer à l'adhésion et opter pour un autre moyen de couverture de leurs soins de santé.

La viabilité de la Mutuelle qui aura en charge l'exécution d'un volet essentiel du service public de santé, sera fortement tributaire, non seulement de l'ancrage de l'esprit mutualiste au niveau des membres adhérents, mais aussi et surtout du professionnalisme dont feront montre les gestionnaires de la mutuelle.

C'est dire tout l'intérêt que constituent l'élaboration et la mise en place d'outils performants et transparents d'administration et de gestion.

C'est précisément dans ce sens que s'inscrit le présent manuel de procédures qui demeure un cadre référentiel de gestion administrative et financière du dispositif envisagé.

Le présent Manuel de Procédures est un outil destiné à évaluer, à intervalles réguliers, à la lumière de sa confrontation avec la réalité, la gestion de la mutuelle. Il comporte quatre (4) chapitres :

Chapitre I : l'organisation et la gestion des adhérents.

Chapitre II : la gestion des prestations.

Chapitre III : la gestion administrative.

Chapitre IV : la gestion financière et comptable.

CHAPITRE PREMIER : ORGANISATION ET GESTION DES ADHERENTS

La Mutuelle de Santé des Agents de la Fonction Publique créée au Niger sous la dénomination de « Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat » en abrégé MSAE, a son siège à Niamey.

1. 1 - DESCRIPTION DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est une personne morale régie par la loi N °2008 - 10 du 30 Avril 2008 relative aux mutuelles de santé dont les buts et les règles de fonctionnement sont définis par des statuts et un règlement intérieur adoptés en assemblée générale, le2013, à Niamey.

1- 1 - 1 Objectifs et composition.

La Mutuelle est un groupement de personnes, fonctionnaires en activité, auxiliaires et retraités qui décident de mener, essentiellement à l'aide de leurs cotisations, dans leur intérêt et celui de leurs familles, des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide, en vue de faciliter leur accès à des services de santé de qualité.

Toute adhésion acceptée donne lieu à la délivrance de la carte de membre et du livret de santé.
Sont membres ou adhérents les agents en activité dans :

- l'administration publique centrale ;
- les collectivités territoriales ;
- les services déconcentrés de l'Etat ;
- les établissements publics.

La cotisation mensuelle des adhérents ci-dessus est retenue directement à la source.

Les agents en détachement, en disponibilité ou suspension d'engagement ou à la retraite conservent leurs droits d'adhérents à la condition de verser directement leurs cotisations mensuelles au siège de la Mutuelle ou auprès des antennes déconcentrées contre reçu.

Sont bénéficiaires des prestations et services de la Mutuelle sous réserve de déclarations régulières
:

- le conjoint ;
- la conjointe (ou les conjointes) ;
- les enfants à charge ;
- les majeurs placés sous tutelle ;
- les _____ père _____ et _____ mère.

La prise en charge est assurée pour les enfants jusqu'à la majorité légale (18 ans). Elle est également assurée jusqu'à 21 ans révolus lorsque l'enfant justifie de la poursuite d'études sans percevoir de bourse sous quelque forme que ce soit.

Les droits des ayants cause agréés de l'adhérent décédé sont assurés dans les conditions suivantes :

- lorsque le décès est survenu avant que le membre ne remplisse les conditions de délai nécessaire pour bénéficier des prestations de la Mutuelle:
 - les droits sont maintenus si l'administrateur légal (mandataire) des ayants cause agrégés peut se substituer au défunt et continuer à cotiser, toutefois, cela n'ouvre de droit à prestation de la Mutuelle pour l'administrateur légal que s'il est un conjoint de l'adhérent décédé ou un agent de l'Etat ou des collectivités locales ;

- s'il n'y a pas de substitution, il est versé aux ayants cause agrégés, une indemnité représentant 80% des sommes cotisées par l'adhérent décédé :
- lorsque le décès intervient alors que l'adhérent a déjà bénéficié des prestations de la Mutuelle:
 - les droits sont maintenus si l'administrateur légal des ayants cause agrégés peut se substituer au défunt et continuer à cotiser. Toutefois, cela n'ouvre de droit à prestation de la Mutuelle pour l'administrateur légal que s'il est un conjoint l'adhérent décédé ou un agent de l'Etat.
 - les ayants cause sont maintenus s'il n'y a pas de substitution des prestations de la Mutuelle pendant six (6) mois.

Le Conseil d'Administration peut décerner l'honorariat aux administrateurs ou anciens administrateurs ayant rendu des services éminents à la Mutuelle. Le titre de membre honoraire est gratuit. Il n'ouvre droit ni à l'octroi à aucunes prestations.

1-1-2 Les organes de la Mutuelle

La Mutuelle est administrée par les organes suivants :

- l'Assemblée Générale;
- le Conseil d'Administration ;
- le Bureau Exécutif (ou le gérant) ;
- la Cellule de Gestion ;
- la Cellule régionale ;
- la Cellule départementale ;
- les organes de contrôle : les commissaires aux comptes ou toute autre personne désignée par la Tutelle (contrôle externe) et les contrôleurs de gestion (contrôle interne).

1-1-2-1 L'Assemblée Générale

L'Assemblée générale est l'organe d'orientation et de décision. Elle se réunit en session ordinaire et ou extraordinaire une fois par an sur convocation du président du Conseil d'administration.

les délibérations de l'Assemblée Générale sont consignées dans un registre spécial conservé au siège de la Mutuelle.

Les membres honoraires sont ceux qui, par leurs souscriptions ou par des services rendus, contribuent à la prospérité de la Mutuelle sans bénéficier de ses avantages. Ils ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

Sont membres participants de la Mutuelle, les agents tels que définis ci-dessus, ayant souscrit volontairement une adhésion et à jour de leurs cotisations.

1-1-2-2 Le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration est l'organe de gestion et d'administration de la Mutuelle de santé. Il applique les délibérations de l'Assemblée Générale. Il exerce toutes les prérogatives qui ne sont pas expressément dévolues à l'Assemblée Générale.

1-1-2-3 Le Bureau exécutif : Organe d'exécution et de représentation de la Mutuelle, il est chargé de la gestion quotidienne de la Mutuelle. Il applique les décisions prises par les organes délibérants.

Le Bureau Exécutif comprend au moins :

- un président ;
- deux vice-présidents ;
- un trésorier général ;
- un trésorier général adjoint,
- deux autres membres du Conseil d'Administration.

1-1-2-4 La Cellule de Gestion :

La Cellule de gestion est un organe mis en place par le Conseil d'Administration en vue de garantir l'efficacité et l'efficience des activités de la Mutuelle (gestion des cotisations, gestion des adhésions, gestion des prestations, gestion comptable et financière, gestion de l'outil informatique) et d'assurer la prévention des risques.

La Cellule de gestion est composée de :

- un coordonnateur ;
- un coordonnateur adjoint ;
- un secrétaire administratif ;
- un trésorier.

1-1-2-4 La Cellule régionale : Organe de coordination et d'exécution de la Mutuelle au niveau régional, elle regroupe les coordonnateurs et les coordonnateurs adjoints des cellules départementales de Mutuelle. Elle est dirigée par le coordonnateur de la cellule du département chef-lieu de région. Elle comprend en outre un secrétaire administratif et un trésorier

Sur la base d'un cahier de charges, la cellule reçoit délégation de compétence du Bureau Exécutif pour le bon fonctionnement de la Mutuelle au niveau régional. Elle rend compte mensuellement et par écrit de ses activités au Bureau Exécutif.

1-1-2-5 La cellule départementale ou d'arrondissement : Organe de coordination et d'exécution au niveau du département, elle est la structure de base de la Mutuelle. Elle réunit tous les membres adhérents de la Mutuelle d'un même département. Elle est dirigée par un bureau de quatre (4) membres, comprenant :

- un coordonnateur ;
- un coordonnateur adjoint ;
- un secrétaire administratif ;
- un trésorier.

1-1-2-6 Les Commissaires aux comptes

Ils sont chargés du contrôle de la gestion financière de la mutuelle. Les commissaires aux comptes sont désignés en Assemblée Générale parmi les membres de la Mutuelle de santé.

1 - 2 - Le processus d'adhésion

1-2-1 La procédure d'adhésion à la Mutuelle

Elle se déroule comme suit :

- pour les d'adhérents d'office, la formalité se résume à une déclaration sur leur situation administrative et familiale (bénéficiaires) aux fins d'établissement de leur carte de membre ;
- pour les autres cas, la personne se présente au siège de la Mutuelle ou auprès de ses représentations au niveau local (cellules départementale ou régionale), s'informe des modalités d'adhésion et remplit le bulletin d'adhésion, et la fiche de délégation de solde pour la retenue à la source de la cotisation mensuelle ;
- pour l'acquittement des droits d'adhésion, l'adhérent peut verser directement la somme contre la délivrance obligatoire d'un reçu, ou remplir la fiche de délégation de solde prévue à cet effet.

Si la demande d'adhésion est acceptée, l'adhérent fournit un dossier complet tel que décrit sur le bulletin d'adhésion.

Après réception du dossier, la cellule de gestion enregistre l'adhésion et remplit le livret de santé avec les données du membre adhérent et des personnes qui lui sont agrégées.

1-2-2 Droits et obligations de l'adhérent.

L'adhérent a droit à la carte de membre de la Mutuelle et au livret de santé. Chaque adhérent est rattaché à la cellule de son lieu de travail ou de résidence. L'adhérent à jour de ses cotisations est électeur et éligible à toutes les instances de la Mutuelle dans le respect des dispositions des statuts et du règlement intérieur.

L'adhérent à jour de ses cotisations ainsi que les membres de sa famille qui lui sont agrégés bénéficient des prestations de la Mutuelle après l'observation de la période d'attente de six (6) mois pour compter de la date du premier encaissement de sa cotisation.

L'adhérent qui s'estime lésé dans ses droits peut user du droit de recours auprès des instances de la Mutuelle ou de tout autre instance habilitée.

L'adhérent est tenu de s'acquitter de ses droits d'adhésion et de verser régulièrement sa cotisation selon les modalités de procédure en vigueur.

Pour bénéficier des prestations de la mutuelle, l'adhérent et les membres de sa famille qui lui sont agrégés doivent référer obligatoirement aux prestataires agréés par la Mutuelle.

L'adhérent doit obligatoirement informer la Mutuelle de toute modification intervenue dans sa situation administrative ou familiale dans les trois mois qui suivent. La qualité de membre se perd par la démission ou la radiation.

En cas de démission, l'adhérent doit le notifier par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration. Toutefois, la démission ne donne pas droit au remboursement des cotisations déjà perçues par la Mutuelle.

La radiation d'un membre de la Mutuelle est prononcée :

- lorsque l'adhérent ou membre honoraire cesse de remplir les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission ou le maintien de l'adhésion au sein de la Mutuelle ;
- lorsque la cotisation n'est pas perçue ou n'est plus perçue par voie de précompte ou n'a pas été versée depuis au moins trois mois ;
- lorsque le membre fait l'objet d'une mesure d'exclusion ;
- lorsque le membre est définitivement frappé d'une peine afflictive et/ou infamante.

La radiation est prononcée par le Conseil d'Administration après une procédure d'exclusion ainsi définie :

- sur la base d'un rapport circonstancié du Bureau de la cellule dont relève le membre incriminé, le Secrétaire exécutif notifie à ce dernier les faits qui lui sont reprochés ;
- l'intéressé dispose d'un délai de quinze (15) jours pour produire sa défense ;
- le Conseil d'administration examine les arguments de la défense et prend sa décision par délibération, en présence de l'intéressé. Si le membre incriminé ne se présente pas à la convocation du conseil, une nouvelle convocation lui est délivrée par lettre recommandée. En cas de nouvelle absence, le Conseil peut statuer.

La radiation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées. La réadmission d'un membre démissionnaire est prononcée par le Conseil d'Administration sur proposition du Bureau Exécutif à qui l'intéressé doit adresser une demande écrite.

L'adhérent réadmis doit obligatoirement verser des droits d'adhésion, constituer un nouveau dossier d'adhésion et cotiser pendant six (6) mois avant de pouvoir bénéficier des prestations de la Mutuelle.

1-2-3 Identification :

- la filiation (prénoms et nom, date et lieu de naissance) ;
- la situation administrative (numéro matricule, numéro du poste budgétaire, corps et grade, indice de solde, service employeur, organisme payeur) ;
- la situation matrimoniale (statut, taille de la famille) ;
- l'adresse civile.

1-2-3-2 Le dossier d'adhésion comprend :

- un bulletin d'adhésion tel que décrit ci-dessus ;
- un acte d'état civil ;
- une attestation de service délivrée par le Chef de service habilité, précisant obligatoirement : numéro matricule, numéro du poste budgétaire, corps et grade, indice de solde et le service utilisateur ;
- un bulletin de salaire d'un des trois derniers mois ;
- la liste des membres agrégés et les pièces justificatives nécessaires à savoir :
 - le (s) certificat (s) de mariage ;
 - les extraits d'acte de naissance et le certificat de vie et charge des enfants auxquels sont joints le cas échéant, le jugement constitutif pour les enfants adoptés ou les enfants en charge ;
 - les certificats de scolarité pour les enfants de 18 ans à 21 ans poursuivant des études et ne bénéficiant pas de bourse ;
- 4 photos d'identité pour l'adhérent et chacun des membres qui lui sont agrégés.

1-2-3-3 La carte de membre.

Elle comporte deux faces :

- Au recto, figurent le logo et les coordonnées de la Mutuelle (adresse, téléphone, fax, e-mail, boîte postale, site Web).
- Au verso, des éléments d'identification de l'adhérent (Prénoms et Nom, numéro matricule, numéro du poste budgétaire, numéro d'identification de l'adhérent, situation matrimoniale, cellule d'appartenance).

1-2-3-4 Le livret de santé :

Il se présente sous la forme d'un carnet à plusieurs feuillets subdivisé en trois (3) parties.

La première partie comprenant également la page de garde, est consacrée à l'adhérent.

Sur la page de garde, figurent les coordonnées de la Mutuelle (adresse, téléphone, fax, E-mail et site Web).

Sur la première page l'adhérent est identifié par les informations suivantes :

- les prénoms et nom ;
- la date et le lieu de naissance ;
- le numéro matricule ;
- le numéro du poste budgétaire ;
- l'adresse civile ;
- le numéro d'identification dans le registre des adhésions à la Mutuelle ;
- la photo d'identité.

Les pages qui suivent sont consacrées au suivi médical de l'adhérent (consultation, vaccinations).

La deuxième partie est réservée au (x) conjoint(s) de l'adhérent :

- identification (photo, prénoms et nom, date et lieu de naissance, date de mariage, adresse) ;
- suivi médical (consultations et vaccinations).

La troisième partie concerne les enfants à la charge de l'adhérent :

- Identification (photo, prénoms et nom, date et lieu de naissance, sexe, numéro d'acte de naissance) ;
- Suivi médical (consultations, vaccinations).

La mise à jour du livret de santé à la suite d'une modification de la situation familiale de l'adhérent est faite par le Bureau Exécutif.

Pour ce faire, l'adhérent doit fournir les éléments justificatifs de sa nouvelle situation.

Lorsqu'il s'agit d'un nouveau membre agrégé, l'adhérent concerné fournit les pièces justificatives ainsi que quatre (4) photos d'identité du nouveau membre agrégé.

Dans le cas de retrait d'un membre agrégé pour cause de divorce ou de décès, l'adhérent concerné transmet au Bureau de la cellule la pièce justificative requise.

Le retrait d'enfant à charge ne remplissant plus les conditions requises pour sa couverture par la Mutuelle est notifié par le Bureau de la cellule à l'adhérent concerné :

- enfant âgé de 18 ans révolus à 21 ans ne poursuivant pas des études ;
- enfant âgé de 18 ans révolus à 21 ans poursuivant des études et bénéficiant de bourse.

En cas de perte ou de détérioration du livret de santé, l'adhérent concerné doit se faire établir un nouveau livret de santé moyennant sa valeur d'acquisition.

1-2-4- Cotisation.

La cotisation est mensuelle. Elle est prélevée selon le mode de retenue à la source. Toutefois, l'adhérent dont la cotisation ne peut être retenue à la source, est tenu de la verser au siège de la Mutuelle soit au niveau central et envoyée par voie postale, le talon du mandat tient lieu de reçu provisoire. Le reçu définitif est délivré par le Bureau de la Cellule après l'encaissement effectif du montant.

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé par l'Assemblée Générale selon un niveau plancher, révisé en cas de besoin. L'assemblée constitutive du2013 a fixé la cotisation de base à FCFA par mois et le taux de majoration defrancs FCFA.

La cotisation est modulée selon la catégorie de prise en charge et la taille de la famille. Une majoration de F CFA par mois est appliquée à l'adhérent bénéficiant de la première catégorie de prise en charge médicale (indice de salaire est égal ou supérieur à ou disposant d'un salaire global équivalent).

Une majoration de F CFA par mois est appliquée à l'adhérent polygame.

Est considéré étant comme dans la 1^{ère} catégorie l'adhérent ayant de 1 à 6 enfants. Une majoration de F CFA par mois est appliquée à l'adhérent ayant plus de 6 enfants à charge, pour chacune des tranches suivantes :

- 2^{ème} catégorie 7 à 10 enfants ;
- 3^{ème} catégorie 11 à 15 enfants ;
- 4^{ème} catégorie 16 à 20 enfants ;
- 5^{ème} catégorie 21 à 25 enfants.

Illustrations :

Exemple 1 : Monsieur X appartient à la 1^{ère} catégorie de prise en charge médicale. Il a trois (3) épouses et 22 enfants : Sa cotisation est de six mille huit cent (6 800) francs ainsi décomposée :

- cotisation de base = 3800 FCFA
- majoration au titre de la 1^{ère} catégorie = 500 FCFA
- majoration au titre de son statut de polygame = 500 FCFA
- majoration pour vingt-deux (22) enfants à charge = 2000 FCFA, ainsi décomposée :
 - de 7 à 10 enfants = 500 FCFA
 - de 11 à 15 enfants à charge = 500 FCFA
 - de 16 à 20 enfants à charge = 500 FCFA
 - de 21 à 22 enfants à charge = 500 FCFA

Exemple 2 : Madame Y appartient à la deuxième catégorie de prise en charge médicale et a sept (7) enfants à charge. Sa cotisation mensuelle est de quatre mille trois cent (4 300) francs ainsi décomposée :

- cotisation de base = 3800 FCFA
- majoration pour sept (7) enfants à charge = 500 FCFA

La mise à jour des taux individuels de cotisation s'effectue sur la base des informations relatives à la situation personnelle des adhérents fournies par :

- l'adhérent ;
- le fichier des personnels de la Fonction publique ;
- le fichier de la Direction de la Solde ;
- le fichier des personnels exerçant dans les Collectivités locales.

Pour toute mise à jour, l'adhérent concerné remplit une nouvelle fiche de délégation de solde sur la base de son nouveau taux de cotisation mensuelle. Cette nouvelle fiche annule sa précédente délégation de solde.

3 - Les partenaires de la Mutuelle:

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.

1-3-1-2 Le plateau technique.

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. Il faut noter dans ce cas que le choix final d'utiliser l'établissement conventionné relève de la décision exclusive de l'adhérent, du fait de l'incidence des coûts dont il supportera la plus grande quotité.

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

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

1-3-2 Niveau des prix

Les tarifs négociés par la Mutuelle avec les structures sanitaires publiques ou privées agrégées ne peuvent être supérieurs à ceux appliqués à l'Etat pour ses agents.

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.

CHAPITRE II : GESTION DES PRESTATIONS

La gestion des prestations concerne :

- l'analyse détaillée du circuit de prise en charge du bénéficiaire ;
- le niveau de couverture des prestations ;
- le mode de règlement des prestataires.

2-1- 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 du livret de santé, du billet de consultation et/ou de l'imputation budgétaire et éventuellement de l'ordonnance pour ce qui concerne les médicaments. La lettre de garantie confirme que ce dernier sera pris en charge conformément aux termes de la convention entre la Mutuelle et le prestataire des soins désigné.

La lettre de garantie est délivrée par le Président de la Mutuelle ou par ses délégataires au niveau national, de la Cellule régionale ou de la Cellule départementale.

La lettre de garantie est tirée d'un carnet prénuméroté et comprend trois (3) volets : la souche, le volet garantie et le volet prestation de services.

Chaque volet de la lettre de garantie contient les éléments d'identification de la Mutuelle (logo, adresse, boîte postale, numéro de téléphone, fax, e-mail, site Web).

La souche contient des éléments d'identification :

- de l'adhérent (cellule d'apparence, prénom (s) et nom, d'identification dans le registre des bénéficiaires de la Mutuelle) ;
- du bénéficiaire (prénom (s) et nom, numéro d'identification dans le registre des bénéficiaires de la Mutuelle, date et lieu de naissance, sexe).

La souche reste dans le carnet et constitue un document de référence et de contrôle pour la Mutuelle.

Le volet « garantie » adressé au prestataire et contient :

- les références de la convention qui le lie à la Mutuelle;
- les prénom (s) et nom de l'adhérent, sa cellule d'appartenance et son régime de prise en charge ;
- les prénom (s) et nom du bénéficiaire, son numéro d'identification.

Au bas de la convention est portée la mention suivante :

« Conformément aux dispositions de la convention n° du signée entre votre structure et la Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat, je vous prie de prendre en charge le bénéficiaire de la Mutuelle identifié ci-dessous et de nous envoyer la facture y relative accompagnée du volet attestation de services ».

Le volet « garantie » remis au bénéficiaire confirme la prise en charge de ce dernier par la Mutuelle selon les conditions prévues dans la convention.

Le volet « attestation de services » confirme l'effectivité de la prise en charge du bénéficiaire par le prestataire. Il comporte :

- les éléments d'identification du bénéficiaire (prénom (s) et nom, numéro d'identification) ;
- les prestations offertes ;

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).

En cas d'urgence, l'adhérent muni de son livret de santé, dépose sa pièce d'identité auprès du prestataire en attendant que la lettre de garantie soit émise et 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- NIVEAU DE COUVERTURE DES PRESTATIONS.

Les prestations offertes par la Mutuelle concernent une prise en charge complémentaire portant sur :

- d'une part, tout ou partie du cinquième des frais non couverts par l'Etat concernant les postes « consultations, analyses, radiographie, soins externes, hospitalisations et accouchements » ;
- d'autre part, une prise en charge déterminée de certains produits et médicaments pharmaceutiques.

- intervention chirurgicale :	80% du 1/5 ^{ème}
- hospitalisations :	50% du 1/5 ^{ème}
- analyses de laboratoires :	50% du 1/5 ^{ème}
- imagerie médicale :	50% du 1/5 ^{ème}
- consultation :	50% du 1/5 ^{ème}
- médicaments génériques :	65% du coût total
- médicaments de spécialité :	35% du coût total
- lunettes :	forfait 30 000FCFA

Dans les structures sanitaires publiques (poste et centre de santé) conventionnées par la Mutuelle où l'imputation budgétaire n'est pas acceptée, la Mutuelle prend en charge 80% du coût total des prestations couvertes.

Dans les établissements qui acceptent l'imputation budgétaire, le remboursement des frais est effectué par la Mutuelle à hauteur des taux de prise en charge établis ci-dessus.

Pour les soins internes (hospitalisations), le remboursement à l'intéressé se fait sur présentation d'une copie de la facture établie par la structure sanitaire et une copie du bulletin de salaire sur lequel figure le précompte du 1/5^{ème} à sa charge.

Avec les structures privées non agréées par l'Etat, la Mutuelle peut signer des conventions par nécessité et à la demande de la section locale, mais dans ce cas elle prend en charge l'équivalent du 1/5^{ème} des frais tels que définis plus haut.

Dans tous les cas, les niveaux de prise en charge retenus sont annexés aux conventions signées avec les structures ainsi que les conditions de remboursement des prestations et, surtout, des médicaments.

Les produits non remboursés par la Mutuelle sont les suivants :

- la parfumerie ;
- les produits alimentaires et produits de régime ou de remplacement, les fortifiants sauf sur ordonnance, les vins, les eaux minérales, les alcools ;
- les objets à usage médical, notamment thermomètre, seringue, vessie, bac ou poire à lavement, bassin, inhalateur, irrigateur, sonde, savon, ventouse, gant de crin ;

- les appareils d'orthopédie et de prothèse dentaires, bandes, compresses, gaz, coton, aspirine, mercurochrome, eau oxygénée, teinture d'iode, sparadrap ;
- les renouvellements de médicaments non ordonnés par le médecin ;
- les médicaments ou produits n'ayant pas un caractère thérapeutique mais préventif, y compris sérum et vaccin, sauf en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie pendant lesquelles la vaccination est recommandée par les autorités compétentes ;
- les opérations n'ayant qu'un but esthétique ou de rajeunissement ;
- sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans maximum, les opérations ayant pour but de remédier à une infirmité ou mal formation congénitale ;
- les massages, les séances de rééducation, de diathermie et d'hydrothérapie à but esthétique ;
- la gymnastique corrective ;
- les soins dispensés en matière de pédicure et/ou de manucure ;
- les traitements ou cures de rajeunissement ou de beauté.

Pour le cas particulier des maladies chroniques, le remboursement des ordonnances consécutives au traitement de ces maladies chroniques ne sera effectif qu'après avis du médecin-conseil de la Mutuelle. Cette prise en charge ne pourra excéder une période de six (6) mois.

2-3 Procédure de mode de règlement des prestations

Les prestations offertes par les structures sanitaires à la Mutuelle font l'objet de factures transmises à celle-ci au plus tard le 5 de chaque mois. Ces factures sont accompagnées de toutes les pièces justificatives attestant de l'effectivité de la prestation, ainsi que la structure des coûts (montant à la charge de la Mutuelle, montant à la charge du bénéficiaire).

Après vérification par les services compétents (le gestionnaire au niveau national et Coordonnateur de Cellule au niveau régional) de la Mutuelle, les factures sont réglées soit par virement bancaire ou postal, soit par chèque barré ou par tout autre mode de paiement prévu par les procédures comptables du présent manuel.

CHAPITRE III : GESTION ADMINISTRATIVE

Les documents administratifs jouent un rôle particulièrement important dans la gestion de la Mutuelle. En effet, ils permettent d'enregistrer des informations indispensables à la gestion comptable et financière de la Mutuelle, ainsi que pour le contrôle, le suivi et l'évaluation de ses activités. Les principaux documents d'enregistrement de l'information administrative utilisés par la Mutuelle sont :

Pour les adhésions :

- le registre des adhérents et des bénéficiaires ;
- le registre des cotisations.

Pour les prestations :

- le registre des prestations ;
- la facture.

3-1 - LA GESTION DES ADHESIONS

Pour le traitement des adhésions, la Mutuelle dispose de deux outils : le registre des adhérents et des bénéficiaires et le registre des cotisations.

3-1-1 Le registre des adhérents et des bénéficiaires :

Le registre des adhérents et des bénéficiaires se présente sous forme d'un tableau à plusieurs colonnes comprenant essentiellement des éléments d'identification de l'adhérent principal et des personnes qui lui sont agrégées (annexe 2) :

- numéro d'ordre ;
- prénom (s) et Nom ;
- numéro matricule et de solde ;
- numéro d'identification ou code ;
- statut (adhérent ou personne à charge) ;
- sexe ;
- adresse civile ;
- date et lieu de naissance ;
- date d'entrée (date de versement des droits d'adhésion) ;
- date de sortie.

Une colonne observation où sont consignées toutes les informations utiles concernant l'adhérent ou les personnes qui lui sont agrégées.

Le registre des bénéficiaires permet à la Mutuelle d'avoir à tout moment des informations sur les bénéficiaires pour l'organisation de l'assemblée générale par exemple.

Il permet en outre :

- de suivre le mouvement des bénéficiaires (adhérents/personnes agrégées) à travers le système de codification ;
- d'évaluer les raisons de sortie de fonds de la Mutuelle ;
- d'identifier le nombre d'homme/femmes bénéficiaires de la Mutuelle, leur tranche d'âge, leur lieu de résidence ;
- et d'ajuster les types de risques couverts aux besoins de santé des bénéficiaires.

3-1-2 - La fiche de suivi des cotisations

Pour le suivi des cotisations de ses membres, la Mutuelle dispose d'une fiche de suivi individuelle des cotisations (Annexe 3). C'est un outil de gestion administrative qui permet à la Mutuelle de suivre au jour le jour la situation des cotisations. Il se présente suivant le modèle décrit ci-dessous :

Au recto, figurent les informations suivantes :

- la photo d'identification de l'adhérent à l'angle droit supérieur
- numéro d'identification de l'adhérent dans le registre des adhésions de la Mutuelle;
- prénoms et nom de l'adhérent ;
- date et lieu de naissance ;
- adresse professionnelle ;
- cellule d'appartenance ;
- date d'adhésion à la Mutuelle;
- nombre de bénéficiaires (adhérents et personnes qui lui sont agrégées) :
- montant total de la cotisation mensuelle due ;
- date de modification de la cotisation mensuelle ;
- montant des cotisations versées dans l'année sous forme de tableau ;
- les membres agrégés avec leurs photos d'identité.

Au verso, figure le tableau récapitulatif des arriérés de cotisations dus par l'adhérent.

La fiche individuelle de suivi des cotisations est mise à jour sur la base :

- des états de retenues à la source établis au profit de la Mutuelle par le Ministère des Finances ;
- des souches du carnet de reçus des versements en espèces des cotisations ;
- des talons des mandats de versements.

La consultation de cette fiche est obligatoire pour l'établissement d'une lettre de garantie ou d'un remboursement.

3-2 - LE SUIVI DES PRESTATIONS

Pour le suivi régulier du bénéfice des prestations par ses ayants droit, la Mutuelle dispose de deux documents clés : le registre des prestations et la facture.

3-2-1 : Le registre des prestations

Le registre des prestations permet à la Mutuelle de connaître :

- les prestations les plus fréquemment sollicitées ;
- le montant mensuel/annuel de chaque type de prestations ;
- le coût moyen des prestations ;
- le taux d'utilisation des services de santé ;
- le respect de la convention avec les structures sanitaires partenaires ;
- les structures sanitaires les plus fréquemment utilisées ;
- l'âge et le sexe des bénéficiaires dont le risque maladie est plus élevé ;
- Le registre des prestations contient les informations suivantes ;
- la date de la demande de prestation par le bénéficiaire ;
- le numéro de la lettre de garantie ;
- le numéro d'identification du bénéficiaire ;
- le type de prestation reçue ;
- l'origine de la facture (nom de la structure prestataire de services) ;
- le montant à payer :
 - par la mutuelle ;

- par le bénéficiaire ;
- le montant total de la prestation.

Une colonne est prévue pour les observations éventuelles. Les différentes rubriques du registre des prestations correspondent avec celle de la facture et du volet attestation de soins de la lettre de garantie.

3-2-2 : La facture

Pour le règlement du coût des prestations fournies aux bénéficiaires de la Mutuelle, le prestataire partenaire (structures sanitaires, officines) délivre une facture comportant au moins les indications suivantes :

- les coordonnées du prestataire des services ;
- le numéro de la facture ;
- la période concernée ;
- la date d'établissement de la facture ;
- le montant total de la facture en chiffres et en lettres ;
- la nature des prestations fournies (hospitalisation, médicaments, analyses, soins externes, etc.) ;
- montant payé par le bénéficiaire ;
- montant à payer par la Mutuelle;
- montant total de la facture.

Même en cas de co-paiement, le montant payé par le bénéficiaire sous forme de ticket modérateur devra apparaître sur la facture, pour permettre à la Mutuelle de suivre la totalité du coût des prestations et non uniquement la partie qu'elle prend en charge.

La modalité de facturation convenue entre la Mutuelle et ses partenaires est la facturation à l'acte. Toutefois, pour certaines prestations, la Mutuelle pourra négocier des tarifications forfaitaires. Dans tous les cas, la modalité de facturation sera précisée dans la convention signée entre la Mutuelle et les prestataires de services.

La périodicité retenue par la Mutuelle est la facturation mensuelle. La facture sera établie en deux exemplaires dont l'un est envoyé à la Mutuelle et l'autre conservé par le prestataire. Lorsque la Mutuelle règle le coût des prestations, une mention signalant la date et la modalité de paiement (espèces, par chèque, par virement, etc.) est apposée au moins sur l'un des deux exemplaires de la facture par le trésorier général.

La Mutuelle est dotée d'une personnalité morale propre et de l'autonomie financière. Sa gestion obéit aux règles de comptabilité privée. Le budget de la Mutuelle est annuel (1^{er} janvier au 31 décembre). Chaque année, la Mutuelle effectue des dépenses grâce à des recettes propres et des ressources externes, dans le cadre de l'exécution d'un budget prévisionnel.

La procédure budgétaire s'articule autour des quatre (4) parties suivantes :

- la préparation du budget ;
- l'adoption du budget ;
- l'exécution du budget ;
- le contrôle budgétaire.

Les documents financiers et comptables de la Mutuelle doivent comprendre :

- l'entête, le logo, l'adresse, le téléphone, le fax et l'E-mail de la Mutuelle ;
- les références de l'origine du service émetteur de la pièce comptable, sous forme d'une cage à l'angle gauche du document ;
- la date d'émission du document comptable ;
- les prénom (s), nom, responsabilité et signature de l'initiateur de la pièce comptable.

4-1 - PREPARATION DU BUDGET

Deux (2) mois avant la clôture de la gestion (à partir de la 1^{ère} décade du mois d'octobre) les services financiers de la Mutuelle commencent à élaborer un projet de budget.

Les prévisions budgétaires sont d'une part, fonction des objectifs à atteindre pour l'exercice futur, d'autre part au niveau d'exécution des rubriques du budget en cours. Le projet de Budget est préparé selon la procédure suivante :

- l'état d'exécution du budget au 31 août est fourni aux différents centres de responsabilité pour servir de base aux prévisions ;
- recensement des besoins des Centres de responsabilité (Secrétariat Général, Trésorerie générale, Cellules régionales et Cellules départementales). Toutes ces informations devront parvenir par écrit au Trésorier au plus tard le 15 novembre ;
- recensement des dépenses d'équipement et d'investissement par le Trésorier et le Secrétaire Général ;
- évaluation des recettes prévisionnelles (cotisations, subvention, etc.) par le Trésorier et le Secrétaire Général.

Le Budget se présente sous forme de tableau en deux parties :

- à gauche, les emplois ou dépenses ;
- et à droite les ressources ou recettes.

Chaque partie est subdivisée en trois (3) colonnes :

- colonne 1 : comptes budgétaires ;
- colonne 2 : libellé (objet de la recette ou de la dépense) ;
- colonne 3 : montants (sous totaux et totaux).

4-1-1 Les emplois (dépenses)

Les emplois décrivent les prévisions de dépenses qui comportent cinq grandes rubriques : les dépenses de fonctionnement, les dépenses de personnel, les dépenses liées aux prestations, les dépenses d'investissement et les provisions pour la réserve et la dotation du fonds de garantie.

4-1-1-1 Les dépenses de fonctionnement

Les dépenses de fonctionnement de la Mutuelle comprennent :

- le fonctionnement des instances centrales et locales : fournitures de bureau et consommables informatiques, entretien et réparation, transport et déplacement, charges locatives, carburant ;
- les activités de communication ;
- les réunions des instances : Bureau exécutif, Conseil d'Administration, Assemblées Générales (ordinaires et extraordinaires) ;
- les frais de mission ;
- les séminaires et ateliers ;
- les dépenses permanentes (eau, électricité, téléphone).

4-1-1-2 Les dépenses de personnel : il s'agit essentiellement des salaires et charges sociales, des primes, des indemnités, des formations, stages, etc. Les salaires font partie des dépenses obligatoires.

4-1-1-3 Les dépenses liées aux prestations : ce sont les dépenses de remboursement des prestations, notamment :

- le règlement des factures des prestataires de services de santé ;
- le remboursement des bénéficiaires en cas de soins internes selon les niveaux de prise en charge fixés.

4-1-1-4 les dépenses d'équipement et d'investissement : ces dépenses portent sur l'acquisition des véhicules, du matériel et logiciels informatiques et du mobilier de bureau (fauteuils, chaises, tables et divers meubles, autres équipements de bureau, climatiseurs etc.).

4-1-1-5 Les provisions pour alimentation des réserves et du fonds de garantie : ces provisions seront tirées d'une part des recettes et d'autre part, des excédents à hauteur de 50%.

Des subventions reçues permettront également à la Mutuelle d'effectuer des placements à terme en vue de l'alimentation du fonds de réserve et en prévision de difficultés de trésorerie. Ces placements à terme seront rémunérés à des taux négociés par le trésorier général.

4-1-2 Les ressources (recettes)

Les ressources internes et externes proviennent :

- des droits d'adhésion et des cotisations versées par les l'adhérent adhérents ;
- des contributions, dons, legs et subventions ;
- des intérêts des fonds placés ou déposés dans les institutions financières ou bancaires ;
- des amendes ;
- des produits de prestation de services ;
- des produits de location des biens mobiliers et immobiliers et, plus généralement, de toutes autres recettes non interdites par la loi.

4-2 - ADOPTION DU BUDGET

A partir des besoins et des recettes recensés par les centres de responsabilité, le Trésorier Général élabore une première mouture du budget. Cette première mouture est soumise à l'arbitrage du Président du Bureau Exécutif et au Secrétaire Général. Le projet de budget est ensuite soumis à l'approbation du Bureau Exécutif au plus tard le 05 décembre. Le projet de budget transmis par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux délégués à l'Assemblée Générale avant le 15 décembre, en vue de son adoption par l'Assemblée Générale avant fin décembre.

En cas de non adoption du projet de Budget, une autre session budgétaire devra être convoquée dans un délai d'un mois. Si le délai d'adoption risque d'empiéter sur la nouvelle année, l'Assemblée Générale devrait autoriser le Président à exécuter les dépenses obligatoires du premier trimestre de l'année. Dans tous les cas, le budget devra être adopté au plus tard le 31 mars.

4-3 - EXECUTION DU BUDGET

4-3-1 Ordonnancement du Budget ;

Le Président est l'ordonnateur du budget. A ce titre, il veille à la régularité et à la conformité des recettes et des dépenses de la Mutuelle.

Le président peut cependant déléguer certaines prérogatives aux Coordonnateurs des cellules régionales et éventuellement aux coordonnateurs des cellules départementales. Toute délégation s'effectue sur la base d'un cahier des charges.

4-3-2 : Exécution en recettes et en dépenses

L'ordonnateur principal (le Président), les ordonnateurs délégués (coordonnateurs régionaux et départementaux) et le trésorier général sont seuls habilités à effectuer les opérations d'encaissement et de décaissement dans les conditions spécifiques ci-dessous :

4-3-2-1 Encaissements

Le trésorier général et les trésoriers des cellules régionales et départementales sont autorisés à recouvrer les recettes provenant des droits d'adhésion et des cotisations. Ces encaissements sont effectués soit par retenues à la source, soit en espèces :

Les encaissements par retenue à la source

La retenue à la source s'effectue sur la base d'une délégation de solde établie au profit de la Mutuelle; cette retenue concerne aussi bien les droits d'adhésion que les cotisations mensuelles des adhérents.

La délégation établie et signée par l'adhérent, puis visée par le trésorier général a valeur d'autorisation d'encaissement.

La délégation de solde est transmise à la Direction de la Solde du Ministère des Finances pour les agents de l'Etat ou à l'organisme payeur pour les agents des collectivités locales ou les agents des Etablissements Publics.

Chaque mois le trésorier général de la Mutuelle reçoit de la Direction de la Solde et de l'organisme payeur un état des retenues opérées au titre du mois au profit de la Mutuelle et met à jour son fichier des cotisations.

Parallèlement, le trésorier général reçoit du payeur général du Trésor ou de l'Organisme payeur l'avis de crédit et l'ordre de virement relatifs aux sommes destinées à la Mutuelle.

Le trésorier général requiert de sa banque l'avis de crédit constatant le positionnement du virement des sommes retenues à la source, et avec cet avis de crédit, il met à jour sa comptabilité en débitant le compte banque du montant correspondant.

Les encaissements d'espèces

Les encaissements d'espèces ne sont autorisés que pour les droits d'adhésion et les cotisations. Ces encaissements concernent en particulier :

- L'adhérent qui opte pour le versement en espèces de ses droits d'adhésion. Dans ce cas, le trésorier général ou les trésoriers des cellules régionales et départementales encaissent ces sommes et délivrent un reçu à l'intéressé ;
- L'adhérent qui ne peut pas faire l'objet d'une retenue à la source, parce que :
 - Son salaire ne peut pas supporter la retenue du fait de l'insuffisance de la quotité saisissable ;
 - Il est en position de disponibilité ou de suspension d'engagement ;
 - Il est un agent non fonctionnaire admis à la retraite.

L'adhérent qui se trouve dans l'une de ces situations, doit s'acquitter de sa cotisation par versement en espèces contre reçu.

Les subventions :

Lorsque la Mutuelle reçoit une subvention (Etat, partenaires) le Président de la Mutuelle requiert la notification de cette subvention.

Au terme de la procédure de mobilisation, le trésorier général requiert :

- l'avis de crédit et l'ordre de virement du Trésorier Général du Trésor, s'il s'agit d'une subvention de l'Etat ;
- L'ordre de virement du partenaire qui accorde la subvention à la Mutuelle ;
- L'avis de crédit à la banque constatant le positionnement des sommes correspondantes dans le compte partenaire ouvert à cet effet au nom de la Mutuelle.

A partir de l'avis de crédit reçu de sa banque, le trésorier général met à jour sa comptabilité en débitant notamment son journal de « banque » de la somme correspondante.

Les autres catégories de recette :

Ces catégories de recette ne peuvent être recouvrées qu'après ordonnancement (visa) du Président de la Mutuelle.

Lorsqu'il s'agit d'encaissements en espèces, (en dehors des cotisations et des frais d'adhésion) certaines règles sont à observer :

- Le demandeur de visa (Trésorier ou Coordonnateurs de région ou de cellule) doit :
 - S'assurer de l'existence du document de base d'origine de la recette ;
 - S'assurer de la disponibilité de la fiche d'engagement de la recette qui en précise la source ;
 - Produire une note informative à l'attention du Président.

NB : Lorsque la demande d'encaissement d'une recette spécifique provient des structures de base (Régions, départements et arrondissements), elle est adressée au trésorier général. Celui-ci établit alors la note explicative à l'attention du Président.

Le trésorier général doit ensuite :

- constater l'encaissement par une pièce de recette ;
- assurer l'enregistrement comptable de l'opération ;
- reverser la totalité de la somme au compte bancaire ouvert au nom de la Mutuelle ;
- produire une pièce dépense constatant le reversement à joindre à la pièce de banque objet du versement ;
- enregistrer simultanément l'opération dans le journal de caisse au crédit et le journal de banque au débit ;
- archiver les documents.

NB : lorsque l'encaissement provient des structures de base (régions, départements ou arrondissements), les pièces comptables sont envoyées au trésorier général.

Lorsque c'est un chèque ou une lettre de virement bancaire ou postal à encaisser (en dehors des cotisations et des frais d'adhésion), certaines règles sont à observer :

- Le demandeur de visa (trésorier général ou trésoriers des cellules) doit :
 - s'assurer de l'existence du document de base d'origine de la recette ;
 - s'assurer de la disponibilité de la fiche d'engagement de la recette qui en précise la source ;
 - produire une note informative à l'attention du Président.

NB : lorsque l'encaissement provient de base (régions, départements ou arrondissements), les pièces comptables sont envoyées au trésorier général.

4-3-2-2 Décaissements

Les décaissements sont effectués :

- au niveau central de préférence par chèque ;
- au niveau local, en espèces uniquement.

4-3-2-2-1 Au niveau central

Au niveau central, avant tout décaissement, un dossier de dépense doit être élaboré par le centre de coût ou par le responsable de l'activité nécessitant la dépense. Ce dossier comporte :

- une note explicative ;
- une fiche d'engagement de dépense ;
- les factures proforma ;
- toute autre pièce justificative.

Ce dossier est soumis au Président qui peut solliciter l'avis du Trésorier Général.

Une fois l'accord du Président obtenu, le décaissement pourra être effectué en espèces ou par chèque.

Décaissements par espèces :

Les opérations de règlement en espèces sont effectuées à partir d'une caisse d'avance autorisée par le Président de la Mutuelle. L'autorisation d'ouverture de la caisse fixe les rubriques de dépenses autorisées, le montant du plafond de l'avance et le gérant en qualité de la caisse.

Le trésorier général est autorisé à effectuer des dépenses par caisse jusqu'à concurrence de cent mille (100 000) F CFA. Les opérations de dépenses par caisse obéissent aux procédures suivantes à effectuer par le Trésorier général :

- établissements d'une pièce de dépense déchargée par le bénéficiaire ;
- enregistrement de l'opération du crédit dans le journal central de caisse ;
- archivage des pièces comptables.

Les fonds dont dispose le trésorier général sont alimentés par une caisse d'avance sur approvisionnement par chèque bancaire. Le montant de la caisse d'avance est plafonné à trois cent mille (300 000 F CFA).

L'alimentation de la caisse d'avance fait l'objet d'une demande de financement spécifique comprenant :

- l'objet : « demande d'alimentation de caisse d'avance » ;
- le solde de la caisse d'avance ;
- le nombre de pièces justificatives jointes ;
- le nombre et l'explication des pièces non jointes ;
- le montant sollicité pour le renouvellement de la caisse d'avance (ce montant s'ajoute au solde de la caisse pour atteindre le montant total de trois cent mille (300 000) FCFA).

Cette caisse d'avance gérée par le trésorier général est approvisionnée sur la base de la justification pertinente des fonds précédents. A cet effet, le Président vérifie par lui-même ou par un tiers de son choix, la régularité des justificatifs.

En cas de renouvellement de la caisse, un chèque co-signé par le trésorier général et le Président est pris à l'ordre du trésorier général. En cas de constatation d'irrégularités, le vérificateur en rend compte par écrit au Président qui, à son tour, demande des explications au trésorier général.

L'approvisionnement de la caisse d'avance fait l'objet de la tenue simultanée du journal de caisse et du journal de banque.

Au niveau du journal de banque, l'opération est enregistrée au crédit avec la prise d'une pièce de dépense constatant la sortie d'espèces de la banque. Au niveau de la caisse, l'opération est constatée au débit du journal, avec la production d'une pièce justificative de recettes du montant de l'approvisionnement de la caisse.

Notons que les différents décaissements à partir de la caisse d'avance sont naturellement retracés au fur et à mesure sur le journal de caisse.

Décaissement par banque :

Toutes les dépenses dont le montant est supérieur à cent mille (100 000) FCFA sont effectuées par chèque bancaire. Ces chèques sont co-signés par le trésorier et le Président.

Avant toute signature de chèque, les mesures suivantes doivent être prises :

- la production du dossier préparé par le centre de coût ou le responsable initiateur de la dépense. Ce dossier comprend notamment : une note explicative justifiant la dépense, une fiche d'engagement de dépenses précisant la référence budgétaire correspondante, les pro forma justifiant la dépense ;
- l'avis, l'observation et l'autorisation du Président après consultation éventuelle du trésorier général ;
- la certification du service fait sur la facture définitive en deux exemplaires, et sur le bordereau de livraison (ou le certificat administratif) par le trésorier général et les Coordonnateurs ;
- l'ordonnancement du Président et la signature conjointe de l'acte de paiement.

Une fois le chèque émis, les actions ci-après sont effectuées :

- enregistrement de l'opération sur le journal de banque (en crédit)
- production d'une lettre de règlement ou document de décharge à la remise du chèque.

Cette lettre de règlement dont l'original est remis au bénéficiaire, doit comporter les références du chèque, le montant et l'objet de la dépense, le numéro du compte d'imputation comptable, les noms, adresse et numéro de la carte d'identité du bénéficiaire ;

- archivage du dossier comptable complet.

L'alimentation de la caisse d'avance est effectuée par chèque bancaire selon les modalités décrites ci-dessus et y relatives.

4-3-2-2-2 Au niveau local

Les opérations financières au niveau local portent sur les recettes et les dépenses.

*** Les Recettes**

Les trésoriers régionaux et départementaux ne sont habilités à encaisser que des recettes portant sur :

- les droits d'adhésion des adhérents ;
- les cotisations de membres qui ne peuvent être recouvrées par retenue à la source.

Si ces ressources sont en espèces, elles sont perçues contre reçus et sont reversées automatiquement dans le compte bancaire ouvert au nom de la Mutuelle. Si ces ressources sont effectuées au niveau local par chèque ou mandats postaux, les trésoriers régionaux et départementaux effectuent le reversement dans le compte de la Mutuelle. La pièce de dépôt du chèque ou la souche du mandat postal servant de pièce justificative.

Dans tous les cas, les coordonnateurs doivent :

- établir des pièces de recettes constatant ;
- les nom, prénom, et adresse complète de l'adhérent et de son Numéro d'identification (s'il s'agit de cotisations) ;
- le montant de la somme perçue ;
- le numéro du compte budgétaire de la recette ;
- le numéro de code de la localité ;

- tenir à jour le registre des adhérents/bénéficiaires et la fiche individuelle de suivi des cotisations ;
- enregistrer les opérations en recettes dans son journal de caisse (au débit) ;
- enregistrer les versements d'espèces relatives aux droits d'adhésions et aux cotisations dans le journal de caisse au crédit ;
- faire parvenir les pièces justificatives de recettes et de dépenses au trésorier général avant le 15 de chaque mois.

Les Dépenses :

Au niveau local, les opérations financières portent sur les dépenses de :

- fonctionnement des cellules ;
- remboursements éventuels de prestations.

Ces dépenses au niveau local sont effectuées à partir d'une caisse d'avance ouverte de la cellule régionale ou exceptionnellement au niveau de la cellule départementale.

Cette caisse, alimentée par les soins du trésorier général, est plafonnée à cent mille (100 000) FCFA.

La caisse d'avance est renouvelée dans la limite du montant annuel inscrit dans le budget général de la Mutuelle au titre des dépenses de fonctionnement des cellules et des remboursements de prestations.

Pour l'alimentation de la caisse d'avance, le Coordonnateur régional ou départemental devra :

- faire un rapport d'exécution de la précédente caisse indiquant :
 - le solde net restant ;
 - l'analyse des rubriques de dépenses effectuées ;
- produire une demande d'approvisionnement de la caisse tenant lieu
- de fiche d'engagement ;
- produire toutes les pièces justificatives de dépenses.

Toutes les opérations de dépense sont retracées au crédit du journal de caisse de la cellule. Pour toute opération de dépense, le trésorier établira une pièce de dépense indiquant : la nature et l'objet de la dépense.

Dépenses de fonctionnement :

- objet et date de la dépense ;
- montant arrêté en lettres et chiffres ;
- factures justificatives revêtues de la certification du service fait et/ou du bordereau de livraison ;
- numéro de codification de la cellule régionale ou de la section départementale ;
- l'imputation budgétaire (compte de la nomenclature comptable) ;
- nom, prénom (s), adresse, Numéro de carte d'identité nationale et signature du bénéficiaire.

Dépenses de prestations

- objet de la dépense,
- date de la dépense,
- montant arrêté en lettres et chiffres,

- pièces justificatives du remboursement de la prestation comportant :
 - nom et adresse du prestataire de services ;
 - niveau du taux de remboursement ;
 - nom, prénom (s) Numéro d'identification, adresse complète, numéro de la pièce d'identification et signature de l'adhérent bénéficiaire ;

L'exécution d'une dépense comporte quatre (4) phases qui sont :

1°) L'engagement : C'est l'acte par lequel la personne autorisée accepte de mettre à la charge de la Mutuelle une dépense ou d'encaisser à son profit une recette. C'est le Président qui est habilité et il délègue dans ce cas aux coordonnateurs de la cellule régionale ou de la cellule départementale son pouvoir de décision ; le document est toujours conjointement signé avec le trésorier général.

2°) la liquidation : Après la commande et l'exécution de la prestation, la liquidation consiste à évaluer correctement le coût et à l'imputer à la Mutuelle, en dépense ; c'est le trésorier général et les coordonnateurs qui exécutent les opérations de liquidation.

3°) l'ordonnancement : Le Président de la Mutuelle est l'ordonnateur principal du budget, fonction qu'il peut déléguer aux coordonnateurs ; c'est l'opération par laquelle, après avoir vérifié la régularité et la conformité des dépenses ou des recettes, le Président et ses délégués en ordonnent le paiement ou l'encaissement.

4°) Le règlement ou paiement : c'est l'acte libératoire de la dette qui est du ressort du comptable, principalement du trésorier général et secondairement des délégués pour les opérations supportées par les caisses d'avance ; de même l'encaissement éteint la créance et il est exécuté par le trésorier général ou les délégués.

Il faut noter l'incompatibilité entre la fonction d'ordonnateur ou d'administrateur de crédits et la fonction comptable ; aussi, les opérations d'encaissement ou de décaissement effectuées par les coordonnateurs ne sont faites que de façon administrative et transitoire à travers notamment la caisse d'avance ouverte au niveau de la cellule régionale ; toutes les pièces justificatives doivent être envoyées au trésorier général pour leur inscription définitive dans les comptes. Le détail de ce processus est développé ainsi qu'il suit :

1°) L'engagement : C'est l'acte par lequel la personne autorisée accepte de mettre à la charge de la Mutuelle une dépense ou d'encaisser à son profit une recette. C'est le Président qui est habilité et il délègue dans ce cas aux coordonnateurs de la cellule régionale ou de la cellule départementale son pouvoir de décision ; le document est toujours conjointement signé avec le trésorier général.

2°) la liquidation : Après la commande et l'exécution de la prestation, la liquidation consiste à évaluer correctement le coût et à l'imputer à la Mutuelle, en dépense ; c'est le trésorier général et les coordonnateurs qui exécutent les opérations de liquidation.

3°) l'ordonnancement : Le Président de la Mutuelle est l'ordonnateur principal du budget, fonction qu'il peut déléguer aux coordonnateurs ; c'est l'opération par laquelle, après avoir

vérifié la régularité et la conformité des dépenses ou des recettes, le Président et ses délégués en ordonnent le paiement ou l'encaissement.

4°) Le règlement ou paiement : c'est l'acte libératoire de la dette qui est du ressort du comptable, principalement du trésorier général et secondairement des délégués pour les opérations supportées par les caisses d'avance ; de même l'encaissement éteint la créance et il est exécuté par le trésorier général ou les délégués.

Il faut noter l'incompatibilité entre la fonction d'ordonnateur ou d'administrateur de crédits et la fonction comptable ; aussi, les opérations d'encaissement ou de décaissement effectuées par les coordonnateurs ne sont faites que de façon administrative et transitoire à travers notamment la caisse d'avance ouverte au niveau de la cellule régionale ; toutes les pièces justificatives doivent être envoyées au trésorier général pour leur inscription définitive dans les comptes. Le détail de ce processus est développé ainsi qu'il suit :

4-3-3 : Les états financiers

La gestion budgétaire et financière est clôturée le 31 décembre de l'année. En même temps qu'il prépare le budget à venir, le trésorier général prépare également la clôture de l'exercice en cours, clôture matérialisée par l'arrêt des engagements et des opérations financières et comptables (le 31 décembre).

Les opérations engagées et non bouclées (non exécutées et/ou non réglées) au 31 décembre feront l'objet d'une procédure spécifique d'urgence financière et comptable, pour l'exercice suivant (rattachement à l'exercice antérieur), close au plus tard le 31 mars.

La comptabilité de la Mutuelle sera calquée sur celle du SYSCOA en mode simplifié. Les états financiers porteront au moins sur :

- le compte d'exploitation générale ;
- le bilan ;
- le tableau de trésorerie.

Le Compte d'exploitation générale :

Le compte d'exploitation générale (ou compte de résultat d'exploitation) retrace, à la clôture de l'exercice, la situation des recettes et des dépenses effectuées durant l'année et donne la différence qui en résulte : soit bénéficiaire, si les recettes sont supérieures aux dépenses, soit déficitaire si, à l'inverse, les dépenses sont supérieures aux recettes.

C'est un tableau à deux grandes rubriques :

A gauche, les charges (ou dépenses) avec les trois colonnes relatives aux :

- compte budgétaire ;
- libellés ;
- montants.

A droite, les produits (ou recettes) avec trois colonnes relatives aux

- compte budgétaire ;
- libellés ;
- montant.

Le résultat excédentaire signifie que la Mutuelle a réalisé un bénéfice et ce bénéfice est porté au débit (dépenses) pour permettre d'équilibrer les deux rubriques.

Le résultat déficitaire signifie que la Mutuelle a fait un déficit d'exploitation, et ce déficit est porté au crédit (recettes) pour permettre d'équilibrer les deux rubriques.

Le bilan de fin d'exercice ou bilan de clôture est la photographie du patrimoine de la Mutuelle à la clôture de l'exercice. C'est un tableau à deux grandes rubriques :

* A gauche, l'actif (ou le patrimoine) de la Mutuelle avec trois colonnes relatives aux :

- comptes budgétaires ;
- libellés ;
- montants.

Le total de l'actif est égal à celui du passif (le résultat de l'exploitation étant inscrit dans les capitaux propres).

Le tableau de trésorerie (de fin d'exercice)

Le tableau de trésorerie est un tableau à trois colonnes :

- Colonne 1 : libellé (caisse, banques) ;
- Colonne 2 : débit ;
- Colonne 3 : crédit.

La colonne de débit enregistre le cumul des encaissements (recettes) et la colonne de crédit enregistre le cumul des décaissements (dépenses).

Le tableau est subdivisé en trois parties : la caisse, les banques et la situation consolidée de trésorerie (caisse et banque).

La caisse indique au débit (à gauche) le cumul des recettes, et au crédit (à droite) le cumul des dépenses. Le solde débiteur (le compte caisse n'est jamais créditeur) est porté au crédit du compte (à droite) pour équilibrer le compte caisse. Notons que les opérations d'annulation d'écritures par écritures inverses ne sont pas prises en compte dans les cumuls.

La banque : au débit (à gauche) est porté le cumul des recettes (encaissements) par banques et au crédit (à droite), et au crédit (à droite), est porté le cumul des décaissements (dépenses) effectués par banques. Le solde débiteur indique que la Mutuelle a des disponibilités de trésorerie en banque et à l'inverse, le solde créditeur montre que la Mutuelle est en situation de découvert.

La consolidation de caisse et banque : la sommation des encaissements par caisse et par banque donne le cumul des recettes. La sommation des décaissements par caisse et par banque donne le cumul des dépenses. La différence entre ces deux sommations donne la situation nette de trésorerie, solde que l'on retrouve dans l'actif du bilan.

Le trésorier général, pour sa gestion quotidienne, tient au moins les registres ci-après :

- un journal de caisse ;
- un journal de banque ;
- cahier de suivi de la trésorerie.

Le journal de caisse : ce journal est un cahier prénuméroté comprenant les colonnes suivantes :

- date ;

- report ;
- libellé (objet, numéro de la pièce justificative et bénéficiaire de l'opération) ;
- compte budgétaire ;
- montant au débit (si c'est une recette), au crédit (si c'est une dépense) ;
- solde (à reporter) ;
- le début de la page comportera une ligne de « Report » des différents totaux (en débit et en crédit) de la page précédente ;
- la fin de la page comportera une ligne « A Reporter », sommation des débits et des crédits, solde (différence entre les crédits et les débits).

Le journal est arrêté mensuellement et le solde reporté au débit du mois suivant.

Le journal de banque : le journal de banque est un cahier de suivi des opérations de banque avec les colonnes ci-après :

- date ;
- Libellé (objet, numéro de la pièce justificative et bénéficiaire de l'opération) ;
- compte budgétaire ;
- montant au débit (si c'est une recette), au crédit (si c'est une dépense) ;
- solde (théorique).

En prévision de ses états financiers, le trésorier général établit le rapprochement bancaire entre ses écritures dans le journal de banque et les relevés bancaires. A cet effet, le trésorier général :

- établit les concordances ;
- prépare une note explicative des mouvements des comptes partenaires ;
- prépare à l'attention du Président, un rapport d'utilisation des subventions respectives reçues, en vue d'un compte rendu destiné aux partenaires respectifs.

La Mutuelle dispose d'un certain nombre de comptes bancaires :

- le compte destiné aux cotisations ;
- le compte destiné aux subventions (compte partenaires) ;
- le compte destiné aux remboursements des prestations ;
- le compte destiné aux opérations de fonctionnement et d'investissement.
- les comptes partenaires feront l'objet d'un traitement spécifique.

Le registre de suivi de la trésorerie à des fins d'exécution budgétaires (annexe n°19) est instrument très important dont dispose le Trésorier Général pour le suivi prévisionnel de sa trésorerie (banque et caisse), notamment pour une meilleure planification des dépenses.

La prévision de la trésorerie est un exercice mensuel et se fait sous forme de tableau dit de « Trésorerie » présenté en colonnes ;

- le solde net de Trésorerie ;
- les prévisions mensuelles de dépenses et de recettes ;
- compte budgétaire ;
- libellé ;
- montant prévu ;
- le solde à nouveau prévisionnel de trésorerie ;
- les montants exécutés ;
- le solde net à nouveau de trésorerie.

4-4- CONTROLE BUDGETAIRE

Le contrôle budgétaire s'effectue au niveau interne et externe.

4-4-1 - Au niveau interne

Au niveau interne, le contrôle s'opère grâce au Contrôle de Gestion.

Le contrôle de gestion permet à la Mutuelle de vérifier régulièrement le niveau d'exécution budgétaire et d'évaluer les écarts pour des rectifications éventuelles. Ainsi, conformément au découpage du budget en trimestres, le contrôle budgétaire s'effectue à la fin de chaque trimestre, à travers un bilan d'exécution trimestriel en comparant les réalisations aux prévisions et en calculant les écarts éventuels, dans un tableau d'exécution trimestriel.

La présentation du tableau est suivie d'un commentaire expliquant les écarts significatifs et les propositions de modification du rythme de consommation.

Au terme du premier semestre, l'examen de l'exécution budgétaire peut conduire le Président du Bureau Exécutif de la Mutuelle à solliciter une révision budgétaire pour les six mois à venir en convoquant le Conseil d'Administration à cet effet.

Le Trésorier présente ainsi un dossier de projet de révision budgétaire avec les commentaires explicatifs et autres justificatifs au Bureau Exécutif pour adoption ; ce dossier comprend :

- une note introductive expliquant le niveau d'exécution budgétaire et les raisons des modifications éventuelles. Ces modifications portent sur :
 - des transferts de crédits (de chapitre à chapitre)
 - des virements de crédits (article à article d'un même chapitre)
 - un tableau du budget semestriel à venir en deux trimestres avec les colonnes ci-après (en emplois et en ressources) :
 - compte Budgétaire
 - libellé
 - montant initial,
 - montant réalisé
 - écart : montant prévu - montant réalisé ;
 - % écart : 100% - % réalisations
 - observations.

Le Bureau exécutif dispose de sept (7) jours pour statuer sur la proposition de révision budgétaire. Après adoption, il saisit le Conseil d'Administration et le Contrôleur. La convocation à la réunion de révision budgétaire doit leur parvenir au moins quinze (15) jours avant la date fixée.

Cette étape, importante pour le contrôle de gestion budgétaire, permet d'éviter les dérives de gestion, en donnant régulièrement l'alerte sur les déséquilibres importants.

L'examen du budget à mi-parcours est une procédure et un outil important de contrôle et de gestion budgétaire, gage de stabilité financière et de bonne gestion de la Mutuelle.

4-4-2 Au niveau externe

Le contrôle externe est effectué par les Commissaires aux Comptes de la Mutuelle et, en cas de besoin, par toute autre personne désignée par la tutelle.

Les contrôleurs peuvent à tout moment, procéder à un contrôle de régularité de la gestion de la Mutuelle. Pour ce faire, ils en informent le Président et le Trésorier général une semaine à l'avance.

Les contrôleurs ont ainsi accès à tout document et à toute information souhaités, ainsi qu'aux comptes de la Mutuelle.

Après chaque mission de vérification, les contrôleurs produisent un rapport écrit au Président du Bureau Exécutif de la Mutuelle. Mais aussi, ils se réservent le droit d'en informer le Conseil d'Administration et surtout l'Assemblée Générale à chaque session de révision budgétaire. Les Contrôleurs font leurs observations écrites au Conseil d'Administration convoqué à cet effet.

En perspective de l'Assemblée Générale, les contrôleurs ont accès à tous les documents financiers et comptables de leur choix, ainsi qu'à la position et aux relevés de compte. Les contrôleurs examinent également les cahiers de caisse et de banque du Trésorier général pour confrontation avec l'arrêté des écritures sur les états financiers.

Lors de l'Assemblée Générale, les contrôleurs présentent un rapport écrit sur les états financiers à l'attention de l'Assemblée Générale en vue d'approbation ou de rejet de ces états financiers.

L'approbation des états financiers par les contrôleurs signifie approbation de la gestion financière et comptable du Bureau Exécutif, mais plus spécifiquement un « quitus » au Trésorier Général.

La non-approbation des états financiers signifie non-approbation de la gestion financière et comptable du Bureau Exécutif, mais spécifiquement refus de « quitus » au Trésorier Général.

Lorsque la situation de la gestion de la Mutuelle l'exige, le Conseil d'Administration peut demander à l'Assemblée Générale l'autorisation de quérir un Auditeur externe, suivant des termes de référence arrêtés par le Bureau exécutif.

A l'issue de la mission, un rapport d'audit est produit et présenté au Conseil d'Administration qui en délibère ; les mesures correctrices préconisées à cette occasion sont soumises à l'approbation de l'Assemblée Générale.

**Adopté à Niamey par le Conseil d'Administration
en sa séance ordinaire du.....2013**

Le Président