

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

**MINISTERE DU DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE,
DE L'EQUITE SOCIALE ET TERRITORIALE**

AGENCE NATIONALE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

GUIDE DE CONTROLE ADMINISTRATIF ET FINANCIER DES ORGANISATIONS MUTUALISTES



PREFACE

Depuis l'indépendance, les gouvernements successifs du Sénégal ont érigé en priorité l'accessibilité aux services de santé de qualité pour l'ensemble de la population. Dans cette perspective et avec sa volonté de résoudre la problématique liée à la prise en charge médicale des populations, le Gouvernement s'est résolument engagé, depuis 2012, à faire du programme de Couverture Maladie Universelle une réalité au Sénégal.

Cette politique constitue un des principaux instruments stratégiques de la contribution des secteurs de la santé et de la protection sociale à la réalisation des objectifs du Plan Sénégal Emergent (PSE), à travers son axe 2, portant sur le capital humain, la protection sociale et le développement durable.

La création de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle, à travers le décret 2015-21 du 07 janvier 2015, marque une étape phare dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la CMU, dont l'axe principal constitue la promotion et le développement des mutuelles de santé et unions de mutuelles. Pour améliorer le dispositif de gestion et renforcer la gouvernance ainsi que la professionnalisation de ces organisations mutualistes, il est nécessaire d'élaborer un guide de contrôle administratif et financier, conformément aux missions et responsabilités de la Division créée à cet effet, au niveau de la Directions des Opérations de l'Agence Nationale de la CMU.

Ce guide comprend une partie introductive qui rappelle le contexte et la justification, une partie sur la méthodologie d'élaboration du document, trois autres parties portant respectivement sur le contrôle administratif, financier et technique. A cela s'ajoutent les annexes composées essentiellement d'outils et de supports de contrôle.

Notre objectif, à travers l'élaboration de ce document dont le processus a été participatif et inclusif est de disposer d'un outil harmonisé au niveau national, pour bien mener nos activités de contrôle des organisations mutualistes au niveau opérationnel.

A ce titre, j'exhorte tous les acteurs à se l'approprier et à l'utiliser pour l'atteinte des objectifs du programme de Couverture Maladie Universelle.

Je voudrais réitérer ma profonde gratitude aux partenaires techniques et financiers, en particulier la JICA, à travers le projet DOOLEEL/CMU, pour avoir bien voulu accompagner le processus. Dans cette même dynamique, nous exprimons nos remerciements à l'endroit des mutualistes et des prestataires de soins, pour leur engagement constant à accompagner la mise en œuvre du programme de Couverture Maladie Universelle.

Enfin, j'adresse toutes mes félicitations aux membres du comité technique, pour le professionnalisme et le dévouement dont ils ont fait montre durant tout le processus d'élaboration de ce guide.

Dr Bocar Mamadou DAFF

**Directeur Général de l'Agence Nationale
de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU)**

SOMMAIRE

PREFACE	1
SOMMAIRE	2
Sigles et acronymes	4
1. Contexte et justification.....	5
2. But du guide	5
3. Objectifs du guide.....	6
3.1 Objectif général.....	6
3.2 Objectifs spécifiques	6
4. Destinataires du guide	6
5. Processus d'élaboration du guide de contrôle.....	6
6. Les types de contrôle	7
6.1 Le contrôle inopiné	7
6.2 Le contrôle planifié	7
7. Acteurs impliqués	8
7.1 Aperçu général des acteurs	8
7.2 Rôles et responsabilités de la commission de contrôle (CC).....	8
8. Processus du contrôle des organisations mutualistes :	10
8.1 La phase préparatoire.....	10
8.2 La phase de mise en œuvre du contrôle.....	12
8.3 La phase de rédaction du rapport de contrôle	12
9. Domaines de contrôle.....	13
10. Les procédures de contrôle	14
10.1 Contrôle administratif.....	14
10.2 Contrôle des ressources.....	15
10.2.1 Contrôle des adhésions.....	15
10.2.2 Contrôle des cotisations	17
10.2.3 Contrôle des subventions	19
10.2.3.1 Contrôle des dossiers de subvention par la commission de contrôle.....	19
10.2.3.2 Contrôle des subventions de l'Etat.....	21
10.2.3.3 Contrôle des subventions des Collectivités territoriales.....	22
10.2.4 Autres ressources	22
10.2.5 Contrôle des dons et legs.....	22
10.2.6 Contrôle des emprunts	23
10.2.7 Contrôle des produits financiers.....	24

10.3	Contrôle des charges des organisations mutualistes	24
10.3.1	Contrôle des charges techniques (prestations maladie)	24
10.3.2	Contrôle des dépenses de fonctionnement courantes	26
10.3.3	Contrôle des dépenses d'investissement	27
10.4	Contrôle de la trésorerie.....	27
10.4.1	Contrôle de la caisse	28
10.4.2	Contrôle de la banque	28
10.5	Contrôle du budget	29
10.6	Contrôle des états financiers	30
10.6.1	Contrôle du bilan	30
10.6.2	Contrôle du compte de résultats.....	31
10.6.3	Contrôle des états annexés	31
10.7	Contrôle des réserves	32
10.8	Contrôle du système d'archivage	33
Annexes	.....	35
Annexe 1 : Outil de contrôle	.....	37
Annexe 2 : Canevas du rapport de contrôle	.....	69
Annexe 3 : Modèle statut harmonisé des mutuelles de santé	.....	71
Annexe 4 : Modèle règlement intérieur harmonisé des mutuelles de santé	.....	83

Sigles et acronymes

AG :	Assemblée Générale
AGC :	Assemblée Générale Constitutive
ANACMU :	Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle
BE :	Bureau Exécutif
CA :	Conseil d'Administration
CC :	Commission de Contrôle
CEC :	Carte d'Egalité des Chances
CMU :	Couverture Maladie Universelle
DO :	Direction des Opérations
DOOLEEL/CMU :	Projet de renforcement de capacités du système d'assurance maladie communautaire et des initiatives de gratuité des soins
FNMS :	Fédération Nationale des Mutuelles de Santé
GESTAM :	Plateforme de gestion de l'Assurance Maladie
IB :	Initiative de Bamako
JICA :	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MDCEST :	Ministère du Développement Communautaire, de l'Equité Sociale et Territoriale
MPOM :	Manuel de procédures des organisations mutualistes
MS :	Mutuelle de Santé
OM :	Organisations Mutualistes
PAD :	Partenaires au Développement
PCMS :	Plan Comptable des Mutuelles Sociales
PNBSF :	Programme National de Bourse de Sécurité Familiale
PSE :	Plan Sénégal Emergent
PV :	Procès-Verbal
SUNUCMU :	Plateforme de parrainage de bénéficiaires des mutuelles de santé et dons à la CMU
UDAM :	Unité Départementale d'Assurance Maladie
UDMS :	Union Départementale des Mutuelles de Santé
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
UMEN :	Union des Mutuelles de Santé d'Envergure Nationale
UNAMUSCS :	Union Nationale des Mutuelles de Santé Communautaires du Sénégal
URMS :	Union Régionale des Mutuelles de Santé
UTG :	Unité Technique de Gestion
VAD :	Visite A Domicile

1. Contexte et justification

Le Plan de Développement de l'Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle 2017-2021, dont les orientations sont reprises dans le Plan Sénégal Emergent (PSE) à travers l'axe 2 « *Capital humain, la protection sociale et le développement durable* », vise un objectif de couverture du risque maladie d'au moins 75% de la population à l'horizon 2021.

L'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU), pour garantir l'accès de la population à des soins de santé de qualité et à moindre coût, a appuyé la mise en place et la restructuration de 676 mutuelles de santé communautaires et antennes de mutuelles dans toutes les communes du Sénégal. Ces dernières, à leur tour, se sont constituées en structures faitières selon les niveaux suivants :

- Départemental (43 unions départementales de mutuelles de santé (UDMS) et 02 unités départementales d'assurance maladie (UDAM)),
- Régional (14 unions régionales de mutuelles de santé (URMS)),
- National (01 union nationale des mutuelles de santé communautaires (UNAMUSC) et 01 union des mutuelles d'envergure nationale (UMEN)).

Parallèlement, à l'existence de mutuelles de santé communautaires, 35 mutuelles d'envergure nationale ont été mises en place et structurées en union (UMEN).

L'UNAMUSC et l'UMEN se sont regroupées pour créer la fédération nationale des mutuelles de santé (FNMS).

Il ressort du rapport de l'analyse situationnelle des organisations mutualistes (OM) à base communautaire sur la période de janvier 2017 à septembre 2019, que les activités des commissions de contrôle, ne se sont pratiquement pas réalisées. En moyenne, un taux de non tenue de réunions de la commission de contrôle de plus de 75% est constaté sur la période concernée. Ainsi, l'utilisation des ressources mobilisées par les mutuelles de santé communautaires, à travers les cotisations, les droits d'adhésion et les subventions de l'Etat durant cette période, n'a pas fait l'objet de contrôle régulier par ces commissions.

Certaines normes¹ minimales de gestion, généralement admises, peuvent servir de lignes directrices pour la mise en place d'un système de contrôle administratif, financier et comptable, rationnel et efficace, tenant compte des dispositions légales et réglementaires en vigueur dans le pays.

L'irrégularité de la tenue des réunions des commissions de contrôle est due principalement à l'absence de ressources humaines qualifiées dans la commission et à l'inexistence d'un outil de contrôle harmonisé.

Eu égard à ces considérations, l'ANACMU, en relation avec les organisations mutualistes et l'appui des partenaires au développement, a décidé d'élaborer un guide de contrôle des mutuelles et unions de mutuelles afin de corriger ce dysfonctionnement.

2. But du guide

Ce guide a pour but de permettre une application effective des normes de gestion et une utilisation efficiente des ressources des organisations mutualistes.

¹ Normes définies dans le règlement de l'UEMOA, le manuel de procédures des organisations mutualistes, les statuts et règlement intérieur, les conventions et contrats signés avec les partenaires.

3. Objectifs du guide

3.1 Objectif général

L'objectif de ce guide est de mettre à la disposition des acteurs un outil de référence harmonisé pour un contrôle interne et externe des organisations mutualistes.

3.2 Objectifs spécifiques

Il s'agira spécifiquement pour ce guide de :

- Renforcer les compétences et les connaissances des utilisateurs des organisations mutualistes sur le contrôle administratif, technique, financier et comptable ;
- Renforcer la capacité des structures d'appui² aux organisations mutualistes sur le contrôle administratif, technique, financier et comptable.

4. Destinataires du guide

Ce guide est destiné aux organisations mutualistes (mutuelles de santé et structures faitières) et à l'ANACMU. Spécifiquement, ce guide est un outil de référence pour les administrateurs, les gestionnaires, les membres de la commission de contrôle des organisations mutualistes et de l'ANACMU. Il constitue également un instrument pour le renforcement de capacités des acteurs de mise en œuvre.

Il s'inscrit dans une démarche cohérente qui vise un contrôle administratif, technique, financier et comptable des organisations mutualistes.

Chaque partie du guide peut être utilisée séparément. Cependant les domaines de contrôle sont interdépendants. Il est donc nécessaire de disposer d'une vue d'ensemble du système de gestion et des mécanismes de contrôle des organisations mutualistes avant de s'intéresser spécifiquement à une partie.

5. Processus d'élaboration du guide de contrôle

Pour renforcer la professionnalisation de la gestion des organisations mutualistes, l'ANACMU a élaboré un guide de contrôle à travers une approche participative et inclusive.

L'élaboration du guide s'est faite à travers les étapes suivantes :

- Revue documentaire ;
- Proposition d'un draft comportant les différents volets du guide ;
- Tenue d'un atelier d'élaboration du guide regroupant tous les acteurs (partenaires au développement, acteurs mutualistes et agents de l'ANACMU) ;
- Mise en place d'un comité restreint ;
- Tenue d'un atelier de mise en cohérence des travaux par le comité restreint ;

² Structures d'appui : ANACMU, MDCEST, Ministère des Finances et du Budget, Collectivités territoriales, PADs.

- Tenue d'un atelier de pré-validation du guide ;
- Prétest du guide de contrôle ;
- Tenue d'un atelier de validation et de partage du guide de contrôle des organisations mutualistes.

6. Les types de contrôle

Dans le cadre de l'utilisation du guide, il convient de décliner deux types de contrôle : le contrôle inopiné et le contrôle planifié.

Les motifs pouvant déclencher un contrôle sont :

- Suspicion de manquement dans la gestion ;
- Plaintes de bénéficiaires ;
- Plaintes de prestataires ;
- Saisine des administrateurs des organisations mutualistes ;
- Saisine du service régional de l'ANACMU.

6.1 Le contrôle inopiné

Il s'agit d'un contrôle non planifié qui peut être effectué à tout moment par les membres de la commission de contrôle (CC). Ce type de contrôle est interne à l'organisation mutualiste.

6.2 Le contrôle planifié

Il peut être interne à l'organisation mutualiste par la commission de contrôle ou externe par l'ANACMU, les Ministères de tutelle ou les corps de contrôle de l'Etat.

Les dispositions statutaires des organisations mutualistes prévoient **au moins deux contrôles par an**.

L'ANACMU peut effectuer des contrôles à chaque fois que de besoin.

Le tableau ci-dessous identifie les acteurs responsables en fonction du type de contrôle.

Tableau 1 : Types de contrôle et acteur(s) responsable(s)

Types de contrôle		Acteur(s) responsable(s)
Contrôle inopiné	interne	• Commission contrôle
Contrôle planifié	interne	• Commission contrôle
	Externe	• ANACMU • Ministères de tutelle • Corps de contrôle de l'Etat

7. Acteurs impliqués

7.1 Aperçu général des acteurs

Les acteurs impliqués dans le contrôle sont aussi bien au niveau central qu'au niveau opérationnel. Leurs rôles et responsabilités sont déclinés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le contrôle

Niveau	Acteurs	Rôles et responsabilités
Central	Les Ministères de tutelle (MDCEST, Ministère des Finances et du Budget)	Commanditaire, Mise en œuvre, Suivi et évaluation, Financement, Décideur
	L'ANACMU	Commanditaire, Mise en œuvre, Suivi et évaluation, Financement, Décideur
Opérationnel	Les Autorités administratives	Commanditaire, Suivi, Décideur
	Les membres des commissions de contrôle des organisations mutualistes	Mise en œuvre, Commanditaire, Suivi et évaluation
	Les administrateurs des organisations mutualistes	Commanditaire, Facilitateur, Avis et commentaires sur le rapport, Elaboration du plan de Suivi et évaluation, Financement,
	Les gérants des organisations mutualistes, l'équipe de l'UTG et le personnel technique des UDAM	Facilitateur, suivi et évaluation, suivi des recommandations
	Les partenaires au développement (PAD)	Participant, Financement, suivi et évaluation,
	Les prestataires de soins	Facilitateur, Suivi des recommandations
	Service Régional de l'ANACMU	Commanditaire, Exécutant, Suivi et évaluation, Financement

7.2 Rôles et responsabilités³ de la commission de contrôle (CC)

Elle est composée de membres élus par l'AG (trois (03) à cinq (05) membres selon les textes statutaires). Ils ne peuvent en aucun cas être des membres du conseil d'administration (CA).

L'article 53 du règlement N°007 de l'UEMOA stipule que « Nul ne peut prétendre aux fonctions de membre de l'Organe de contrôle que s'il jouit de ses droits civiques et civils. En outre, les membres de l'Organe de contrôle sont obligatoirement choisis en raison de leur compétence particulière en matière de contrôle de gestion et de vérification des comptes ou de leur expérience professionnelle dans ces domaines. Il est interdit aux membres de l'organe de contrôle d'être administrateurs, ou de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle sociale, l'union de mutuelles sociales ou la fédération, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus par les statuts et le règlement intérieur ».

Les membres de la commission de contrôle peuvent toutefois s'adjoindre les services de personnes ressources dans le cadre de l'exécution de leur mission.

Missions et tâches de la commission de contrôle se déclinent comme suit :

³ Articles 53,54 et 55 du règlement N°007/2009/CM/UEMOA (voir Annexe 3)

MISSIONS DE LA CC

- Contrôler la gestion technique, administrative et financière de la mutuelle de santé selon les règles prudentielles ;
- Vérifier la régularité des opérations comptables et la tenue régulière des journaux comptables de la mutuelle de santé ;
- Elaborer un rapport de contrôle comprenant généralement deux parties : le contrôle administratif et le contrôle financier et comptable ;
- Veiller au contrôle de l'exécution correcte par le CA des décisions prises par l'AG ;
- S'assurer que les actes du CA sont conformes aux statut et règlement intérieur de l'organisation mutualiste.



Tâches / Prérogatives de la CC

- *Vérifier la régularité des outils des organisations mutualistes ;*
- *Vérifier la régularité des opérations comptables*
- *Contrôler la tenue de la comptabilité, de l'encaisse et des éléments de l'actif*
- *Délivrer un quitus de gestion au CA en direction de l'AG ;*
- *Présenter le rapport de contrôle à l'AG*
- *Convoquer les AG extraordinaires en cas de crise ;*
- *Se faire communiquer sur place tous les documents utiles à l'exercice de sa mission ;*
- *Entendre toute personne pouvant lui apporter des informations utiles dans l'exercice de sa mission.*

Figure 1 : Missions et tâches de la Commission de contrôle

8. Processus du contrôle des organisations mutualistes :

Le processus du contrôle est décliné en trois phases principales :

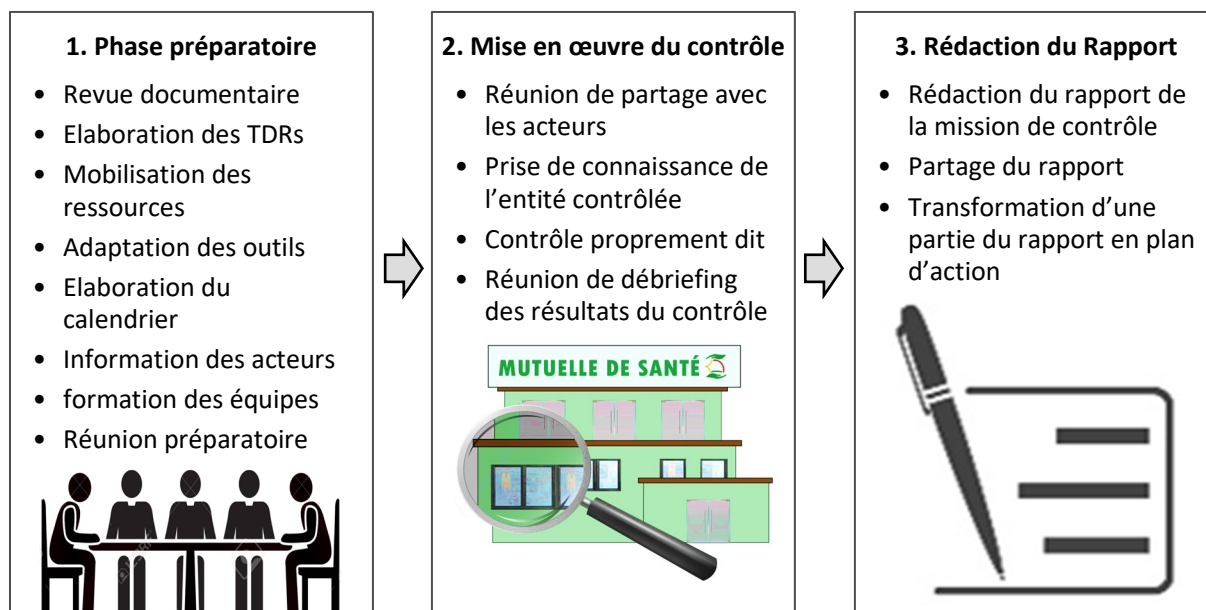










Figure 2 : Schématisation des différentes phases du contrôle

8.1 La phase préparatoire

Cette phase est très importante et est résumée en huit (8) principales étapes déclinées au niveau du tableau suivant :

Tableau 3 : Description des étapes de la phase préparatoire du contrôle





Phase préparatoire du contrôle		
Etapes	Objectifs	Description
1. Revue documentaire 	La revue documentaire permet de collecter toutes les informations pour fixer les objectifs et résultats attendus du contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Relecture du dernier rapport de contrôle • Exploitation des documents de gestion de la structure à contrôler (outils de gestion utilisés, PV de réunions etc.) • Exploitation des documents de référence (statuts et règlement intérieur, manuel de procédures, textes de l'UEMOA, conventions etc.)
2. Elaboration des termes de référence (TDR) 	Les TDR permettent de fixer le cadre et la méthodologie de la mission de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel du contexte et de la justification de la mission de contrôle (pourquoi le contrôle ?) • Détermination des objectifs et des résultats attendus du contrôle • Description de la méthodologie • Précision du calendrier et du lieu

Phase préparatoire du contrôle		
Etapes	Objectifs	Description
3. Mobilisation des ressources 	La mobilisation des ressources est nécessaire pour le déroulement de la mission de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> Détermination de la logistique nécessaire Détermination du nombre de personnes participant à la mission de contrôle Budgétisation et requête de financement
4. Adaptation des outils de contrôle 	L'adaptation des outils de contrôles permet de se focaliser sur les objectifs déterminés dans les TDR	<ul style="list-style-type: none"> Adaptation des outils de contrôle (grilles – checklist) aux objectifs de la mission de contrôle Suppression des aspects qui ne concernent pas directement les objectifs déclinés dans les termes de référence.
5. Elaboration du calendrier 	Elle permet aux acteurs de savoir avec précision les dates retenues pour les différentes étapes de la mission de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation et détermination de la durée nécessaire pour dérouler la mission de contrôle Discussion avec les acteurs impliqués pour savoir leur disponibilité et fixation des dates de façon précise
6. L'information des acteurs impliqués 	Pour le contrôle planifié, l'information des acteurs est primordiale car elle permet de s'assurer de leur disponibilité et de leur participation à la mission de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> Informations partagées avec les responsables de la structure à contrôler, au moins une semaine à l'avance. Possibilité d'élargir l'information à d'autres acteurs (autorités administratives, prestataires etc.) Partage des objectifs, des outils et du calendrier de la mission de contrôle avec les responsables ciblés.
7. La constitution des équipes de contrôle 	La constitution des équipes permet une meilleure répartition des profils des acteurs du contrôle	<ul style="list-style-type: none"> Au niveau interne, les membres de la commission de contrôle peuvent se diviser en équipes, avec une répartition claire des tâches de contrôle Avec un contrôle externe, les équipes devront être constituées en fonction des objectifs et du type de contrôle à mettre en œuvre (intégré, conjoint, etc.). Désignation d'un chef de mission et un rapporteur
8. La réunion préparatoire 	La réunion préparatoire permet de partager avec les équipes de contrôle les informations liées à la mise en œuvre pratique de la mission de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> Participation des membres des équipes de contrôle. Partage des termes de référence, des modalités pratiques, des outils de contrôle. Répartition des tâches et de la logistique Validation du calendrier de contrôle.

8.2 La phase de mise en œuvre du contrôle

La phase de mise en œuvre du contrôle est schématisée en 4 étapes :

Tableau 4 : Description des étapes de la phase de mise en œuvre du contrôle

Phase de mise en oeuvre du contrôle		
Etapes	Objectifs	Description
<p>1. Réunion de partage avec les acteurs</p> 	La réunion de partage permet d'harmoniser les niveaux de compréhension des acteurs impliqués.	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des équipes de contrôle. Présentation des termes de référence (l'objectif, la durée, les domaines de contrôle, la méthodologie à adopter et les résultats attendus)
<p>2. Prise de connaissance avec l'entité contrôlée</p> 	La prise de connaissance avec l'entité contrôlée permet de mieux saisir les spécificités dans le fonctionnement de ladite entité pour un meilleur contrôle de celle-ci	<ul style="list-style-type: none"> Collecte, à travers une recherche documentaire sur site et des interviews, d'un maximum d'informations sur l'organisation mutualiste et son environnement Exploitation de la documentation (rapports de la commission de contrôle, rapports de supervision, PV de réunions des différentes instances, documents de gestion)
<p>3. Le contrôle proprement dit</p> 	L'objectif du contrôle consiste à rechercher des non conformités et des écarts de gestion.	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'outil (grille de contrôle) pour suivre les différents points de contrôle Comparaison du contenu des documents de gestion de la structure mutualiste avec les règles et principes consacrés par les documents de référence (Textes UEMOA, manuel de procédures etc.) Documentation des non conformités et des écarts de gestion
<p>4. Réunion de débriefing des résultats du contrôle</p> 	La réunion de débriefing permet de partager les premiers résultats du contrôle pour d'éventuelles corrections ou des compléments avant la rédaction du rapport	<ul style="list-style-type: none"> Partage des premiers résultats issus du contrôle avec les différentes parties prenantes Présentation des principaux constats ; Recueillir l'avis des administrateurs dont le travail a fait l'objet de contrôle (contrôlés) Formuler des recommandations.

8.3 La phase de rédaction du rapport de contrôle

A la fin de chaque mission de contrôle, un rapport est rédigé. Le canevas proposé est à l'Annexe 2.

S'il s'agit d'un **contrôle interne** effectué par la commission de contrôle, le rapport est soumis au CA pour informations et mesures à prendre. Il doit aussi être soumis à l'AG pour approbation.

S'il s'agit d'un **contrôle externe** effectué par l'ANACMU ou les autres entités de contrôle, le rapport doit être partagé avec le CA de la MS et/ou le CA de l'UDMS ou de l'UDAM, le service régional et la Direction générale de l'ANACMU.

La mise en œuvre des principales recommandations doit faire l'objet de suivi à travers un plan d'actions.

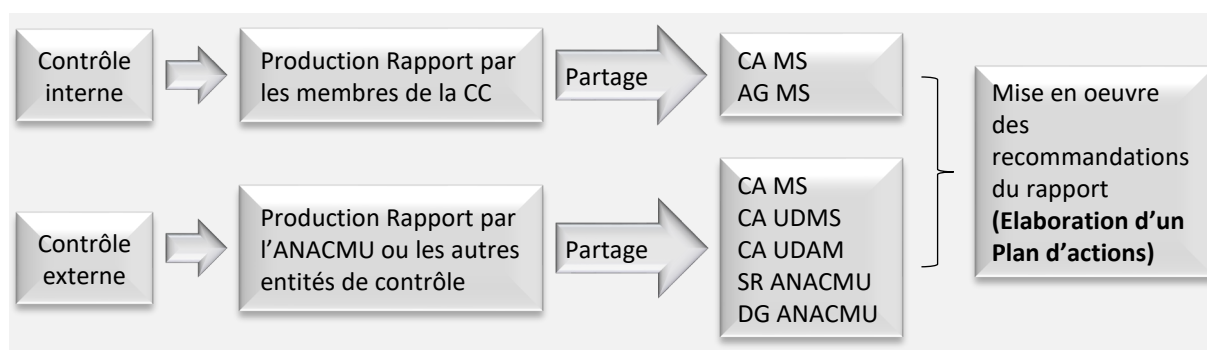


Figure 3 : Partage et exploitation du rapport selon le type de contrôle

NB : Quel que soit le type de contrôle, les différentes phases du déroulement de la mission seront respectées (préparation, mise en œuvre, rapportage).

9. Domaines de contrôle

Au niveau des organisations mutualistes (mutuelles de santé et structures faitières), le contrôle porte sur différents domaines, schématisés comme suit :

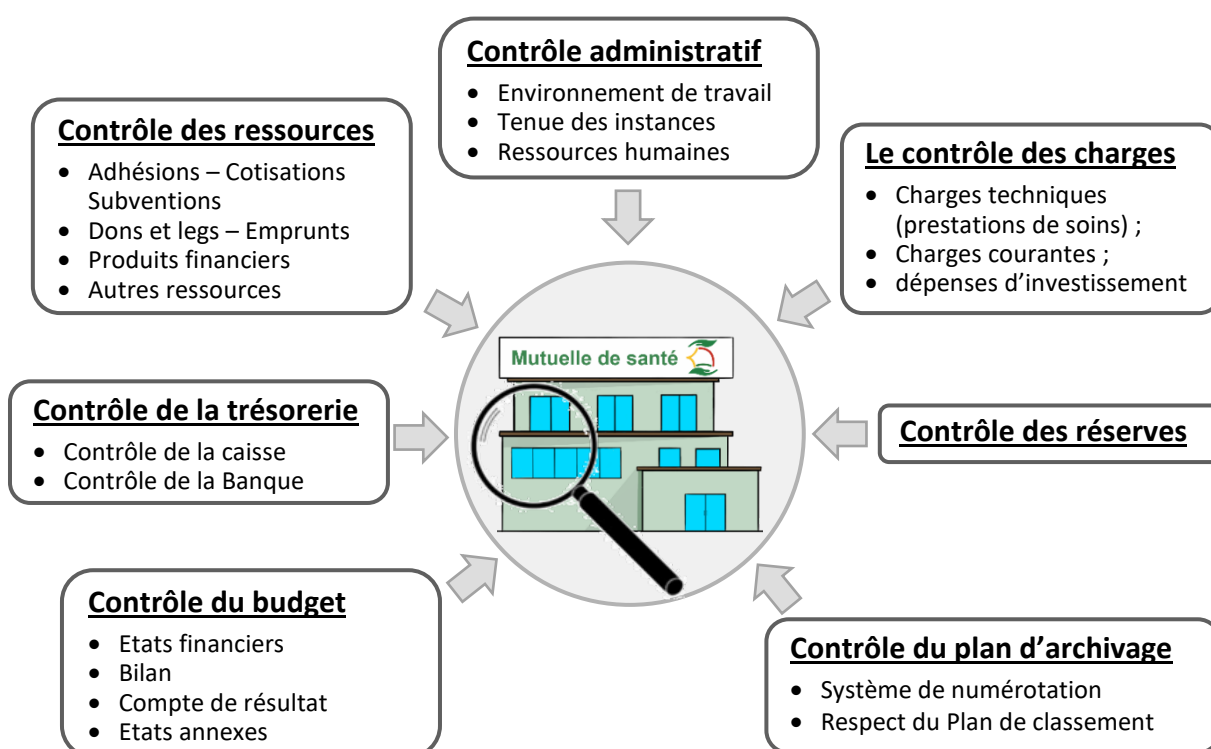


Figure 4 : Les domaines de contrôle des organisations mutualistes

10. Les procédures de contrôle

Le contrôle va mettre le focus sur le respect des normes de gestion telles que définies dans les documents cités ci-dessous :

- Le règlement N°007/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualiste sociale ;
- le règlement d'exécution N°003/2011/COM/UEMOA relatif aux règles prudentielles portant sur les risques courts, aux mécanismes de garantie et au contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faitières ;
- La décision de 2013 de l'UEMOA portant répartition des excédents spécifiques à chaque groupe de risques couverts par les mutuelles sociales et leurs structures faitières au sein de l'UEMOA ;
- La décision de 2013 de l'UEMOA fixant le niveau du fonds d'établissement des mutuelles sociales et leurs structures faitières au sein de l'UEMOA ;
- La décision de 2013 de l'UEMOA fixant les indicateurs et ratios prudentiels pour le contrôle du fonctionnement et de la viabilité des mutuelles sociales et leurs structures faitières au sein de l'UEMOA ;
- Le Plan comptable des mutuelles sociales (PCMS) de l'UEMOA ;
- Le manuel de procédures des organisations mutualistes (MPOM) ;
- Les documents statutaires : le statut (Annexe 3) et le règlement intérieur (Annexe 4).

10.1 Contrôle administratif

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter lors du contrôle administratif sont :

- Les procès-verbaux des réunions des différentes instances (AG, CA, BE) ;
- Les rapports de mission de contrôle par la CC et/ ou par un contrôleur externe ;
- Les dossiers du personnel ;
- Les conventions ;
- Les PV de recrutement.

(2) Procédures du contrôle administratif

L'équipe de contrôle demandera à disposer des documents listés ci-dessus.

Les procédures de contrôle consisteront à vérifier les points suivants :

A) Tenue des réunions des instances

- 1) Contrôler le respect de la tenue des réunions d'AG ordinaire (taux de tenue des réunions de l'AG) ;
- 2) Contrôler le respect de la tenue des réunions de CA (taux de tenue des réunions du CA) ;
- 3) Contrôler le respect de la tenue des réunions de BE (taux de tenue des réunions du BE) ;

B) Tenue des missions de contrôle par la CC

- 1) Contrôler le respect de la tenue des missions de contrôle par la CC;

C) Durée du mandat des administrateurs et des membres de la CC

- 1) Contrôler le respect de la durée du mandat des administrateurs ;
- 2) Contrôler le respect de la durée du mandat des membres de la CC ;

D) Séparation des fonctions incompatibles

- 1) Contrôler le respect de la séparation des fonctions ;
 - Entre administrateurs
 - Entre administrateurs et personnel technique (gérant, UTG) ;

E) Documents de planification

- 1) Contrôler l'existence d'un plan stratégique au niveau de l'organisation mutualiste ;
- 2) Contrôler la disponibilité d'un plan d'action annuel de l'organisation mutualiste ;

F) Gestion du personnel

- 1) Contrôler l'existence de fiches d'engagement ;
- 2) Contrôler l'existence de contrats de prestations ;
- 3) Contrôler le respect des procédures de recrutement ;
- 4) Contrôler la régularité du versement des salaires/indemnités /motivations et des charges sociales par l'OM.

L'équipe de contrôle peut aussi recueillir des informations complémentaires relatives aux points suivants :

- La tenue des réunions périodiques avec les prestataires de soins (réunions de suivi des conventions, etc.)
- La disponibilité de siège équipé (table, chaise, armoire, ordinateur, imprimante, interne, etc.) et fonctionnel ;
- La disponibilité d'un gérant motivé;
- Le niveau de mise en œuvre du plan d'action élaboré.

10.2 Contrôle des ressources

Les différentes ressources des mutuelles de santé sont composées des droits d'adhésion, des cotisations des bénéficiaires, des subventions provenant de l'Etat (générale et ciblée) et des collectivités territoriales, des dons et legs, des ressources provenant des partenaires, des emprunts et des produits financiers.

10.2.1 Contrôle des adhésions

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter dans le contrôle des adhésions sont :

- Fiche de suivi des adhérents et des bénéficiaires ;
- Fiche individuelle d'adhésion ;
- Fiche d'affiliation (élèves et Ndongo Daara) ;
- Carnet/livret/carte de membre ;

- Registre des bénéficiaires ;
- Liste nominative des bénéficiaires du Programme National de Bourse de Sécurité Familiale (PNBSF) à enrôler ;
- Liste nominative certifiée des bénéficiaires du Programme National de Bourse de Sécurité Familiale (PNBSF) effectivement enrôlés ; fichiers électroniques des BSF ;
- Liste nominative des détenteurs de la Carte d'Egalité des Chances (CEC) à enrôler ;
- Liste nominative certifiée des détenteurs de la Carte d'Egalité des Chances (CEC) effectivement enrôlés ;
- Arrêté interministériel N°01448 du 26 janvier 2017 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un régime d'assurance maladie pour les élèves ;
- Liste des élèves certifiés par les établissements/ les certificats de scolarité des élèves affiliés ;
- Lettre d'information (CMU ndongo-Daara) ;
- Données des bénéficiaires inscrits via la plateforme SUNUCMU ;
- Données de la plateforme GESTAM ;
- Journal de caisse ;
- Journal de Banque ;
- Souches des reçus ;
- La liste certifiée des cibles spécifiques à intégrer dans les mutuelles de santé ;
- Conventions entre l'organisation mutualiste et les groupes organisés.

(2) Procédures de contrôle des adhésions

L'équipe de contrôle demandera à disposer des documents cités ci-dessus.

A) Niveau MS

Il s'agira de :

- 1) Contrôler la conformité des outils de gestion des adhésions et affiliations utilisés avec ceux du manuel de procédures des organisations mutualistes ;
- 2) Contrôler l'existence d'une fiche d'adhésion individuelle pour chaque adhérent (bénéficiaires classiques, bénéficiaires du PNBSF et détenteurs de la CEC) et sa transcription dans le registre des bénéficiaires ;
- 3) Contrôler l'existence d'une fiche d'affiliation (Ndongo Daara et élève) et sa transcription dans le registre des bénéficiaires ;
- 4) Contrôler l'existence de convention pour les adhésions de groupe ;
- 5) Contrôler la concordance des montants des droits d'adhésion enregistrés dans le journal de caisse avec les carnets de reçus (souches) ;
- 6) En cas de versement des droits d'adhésion par chèque ou virement (adhésion de groupe, plateforme SUNUCMU, ...), contrôler la concordance des montants enregistrés dans le journal de banque et les pièces justificatives (copie chèque, ordre de virement).

B) Bénéficiaires classiques

- 1) Procéder au décompte des bénéficiaires classiques enregistrés dans le registre des bénéficiaires et/ou dans le fichier électronique ;
- 2) Comparer le nombre total de bénéficiaires classiques à celui mentionné sur la fiche de suivi des adhérents et des bénéficiaires ;

C) Bénéficiaires du PNBSF et Détenteurs de la CEC

- 1) Faire le décompte des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés et transcrits dans le registre des bénéficiaires et/ou dans le fichier électronique ;
- 2) Comparer le nombre des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC transcrits dans le registre et celui de la liste nominative des bénéficiaires du PNBSF/CEC à enrôler ;
- 3) Comparer le nombre des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC transcrits dans le registre et celui de la liste nominative certifiée des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés ;

D) Elèves et Ndongo daara

- 1) Contrôler le respect des modalités d'affiliation :
 - Inscription du prénom et nom de l'élève et du ndongo-Daara ;
 - Fiche d'affiliation dûment remplie, signée et cachetée ;
 - Acquiescement du montant de la cotisation ;
 - Certificat de scolarité individuel ou liste récapitulative des élèves avec le cachet et la signature de l'établissement ;
 - Liste récapitulative des ndongo - Daara des daaras identifiés et reconnus par l'autorité administrative.
- 2) Faire le décompte des élèves/ndongo daara enregistrés dans le registre des bénéficiaires et le comparer avec les listes d'affiliation remplies, signées et cachetées par les établissements scolaires ;

E) Bénéficiaires inscrits via la plateforme SUNUCMU

- 1) Comparer la liste de bénéficiaires inscrits via la plateforme SUNUCMU à ceux inscrits dans le registre des bénéficiaires.

10.2.2 Contrôle des cotisations

Le contrôle des cotisations au niveau des organisations mutualistes concerne :

- Les cotisations des bénéficiaires classiques, des élèves et des ndongo daara au niveau de la mutuelle de santé ;
- Les cotisations des mutuelles de santé à l'UDMS.

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

Niveau MS

- Fiche individuelle de cotisation ;
- Registre des cotisations ;
- Fiche de suivi des cotisations ;
- Journal de caisse ;
- Journal de Banque ;
- Souches des reçus ;
- Données des bénéficiaires inscrits via la plateforme SUNUCMU ;

- Données de la plateforme GESTAM.

Niveau UDMS

- Tableau de suivi des cotisations des MS membres de l'UDMS ;
- Journal de caisse ;
- Journal de Banque ;
- Copie chèque
- Pièce de caisse ;
- Ordre de virement ;
- Souches des reçus.

(2) Procédures de contrôle des cotisations

L'équipe de contrôle demandera à disposer des documents cités ci-dessus.

A) Niveau MS

Il s'agira de :

- 1) Contrôler la conformité des outils utilisés avec ceux du Manuel de procédures des organisations mutualistes ;
- 2) Contrôler l'existence d'une fiche individuelle de cotisation pour chaque bénéficiaire classique et sa transcription dans le registre des cotisations ;
- 3) Contrôler la concordance des montants des cotisations enregistrés dans le journal de caisse, le registre des cotisations et les carnets de reçus (souches) ;
- 4) Contrôler la concordance entre le nombre d'élèves/ Ndongo daara affiliés et le montant des cotisations recouvrées pour cette cible ;
- 5) Contrôler l'existence d'une fiche d'affiliation dûment signée pour tous les élèves/ndongo daaras et enregistrée dans le registre des cotisations ;
- 6) En cas de versement des cotisations par chèque ou virement (adhésion de groupe, plateforme SUNUCMU, ...), contrôler la concordance des montants enregistrés dans le journal de banque et les pièces justificatives (copie chèque, ordre de virement).

B) Bénéficiaires classiques

- 1) Procéder au décompte des bénéficiaires à jour transcrits dans le registre des cotisations ;
- 2) Comparer le nombre total de bénéficiaires à jour à celui mentionné sur la fiche de suivi des cotisations et les fiches individuelles de cotisation ;
- 3) Contrôler la concordance entre le montant des cotisations perçues, le nombre de bénéficiaires à jour et les subventions générales reçues ;
- 4) Contrôler la concordance entre les montants des cotisations enregistrés dans le journal de caisse ou banque et ceux reçus ;
- 5) Contrôler le respect de la norme du taux de recouvrement des cotisations.

C) Niveau UDMS

- 1) Contrôler l'enregistrement des cotisations des MS membres de l'UDMS dans les journaux de banque et de caisse ;

- 2) Contrôler la concordance des montants des cotisations des MS membres de l'UDMS enregistrés dans les journaux (banque et caisse) et les pièces justificatives.

10.2.3 Contrôle des subventions

Les subventions sont des montants en numéraires ou en nature – non remboursables – versés par une entité publique ou privée (Etat, collectivités territoriales, organisme public ou privé) à titre ponctuel ou reconductible en vue de concourir à la réalisation d'une finalité précise.

10.2.3.1 Contrôle des dossiers de subvention par la commission de contrôle

Ce domaine est réservé aux commissions de contrôle (CC) des organisations mutualistes notamment avant certification des dossiers de subvention.

(1) Les éléments constitutifs du dossier de subvention :

Pour rappel, les éléments constitutifs du dossier de demande de subvention sont :

A) Niveau mutuelle :

1) Subvention générale

- Demande individuelle de subvention ;
- Copie de l'agrément/copie récépissé de dépôt ;
- Liste nominative certifiée des bénéficiaires à jour de leur cotisation (fichier physique/ version électronique) ;
- Etat certifié des cotisations recouvrées par mois ;
- Etat certifié des dépenses de prestation de soins par niveau et par mois ;
- Liste des prestataires conventionnés ou copie des conventions.

2) Subvention ciblée (BSF et CEC)

- Demande individuelle de subvention ;
- Copie de l'agrément/copie récépissé de dépôt ;
- Liste certifiée des bénéficiaires PNBSF effectivement enrôlés (fichier physique/ version électronique) ;
- Liste certifiée des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés (fichier physique/ version électronique) ;
- Etat certifié des dépenses de prestation des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC par niveau et par mois ;
- Liste des prestataires conventionnés ou copie des conventions.

3) Subvention CMU/élèves

- Demande individuelle de subvention ;
- Liste certifiée des Elèves affiliés par établissement ;
- Etat certifié des cotisations recouvrées ;
- Etat certifié des dépenses de prestations des élèves par niveau et par mois ;
- Liste des prestataires conventionnés ou copie des conventions.

4) Subvention Ndongo daara

- Demande individuelle de subvention ;
- Liste certifiée des Ndongo Daara affiliés par daara ;
- Etat certifié des cotisations recouvrées ;
- Etat certifié des dépenses de prestations des Ndongo Daara par niveau et par mois ;
- Liste des prestataires conventionnés ou copie des conventions.

B) Niveau Union

- Demande globale de l'union par type de subvention ;
- Etat récapitulatif par type de bénéficiaires par MS ;
- Dossiers complets par type de subvention de chaque MS.

(2) Documents à exploiter

Les documents de la MS à exploiter sont

- Note d'orientation pour la constitution du dossier de demande de subvention ;
- Registre des bénéficiaires ;
- Fiche individuelle de cotisation ;
- Fiche de suivi des prestations par niveau ;
- Registre des cotisations ;
- Registre des prestations ;
- Factures des prestations ;
- Convention entre MS et PPS ;
- Bordereau d'envoi

(3) Procédures de contrôle des dossiers de demande de subvention

- 1) Contrôler la complétude et la conformité des éléments du dossier de demande de subvention ;
- 2) Contrôler l'exactitude des informations déclarées dans le dossier de demande de subvention :
 - i. Comparer le nombre de bénéficiaires classiques à jour décomptés dans le registre des cotisations à celui mentionné sur la liste des bénéficiaires à jour déclarés ;
 - iii. Comparer le nombre de bénéficiaires du PNBSF et les détenteurs de la CEC décompté dans le registre des bénéficiaires à celui mentionné sur les listes des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés ;
 - iii. Comparer le nombre d'élèves décompté dans le registre des cotisations à celui mentionné sur la liste des élèves affiliés par établissement ;
 - iv. Comparer le nombre de ndongo daara décompté dans le registre des cotisations à celui mentionné sur la liste des ndongo daara affiliés.

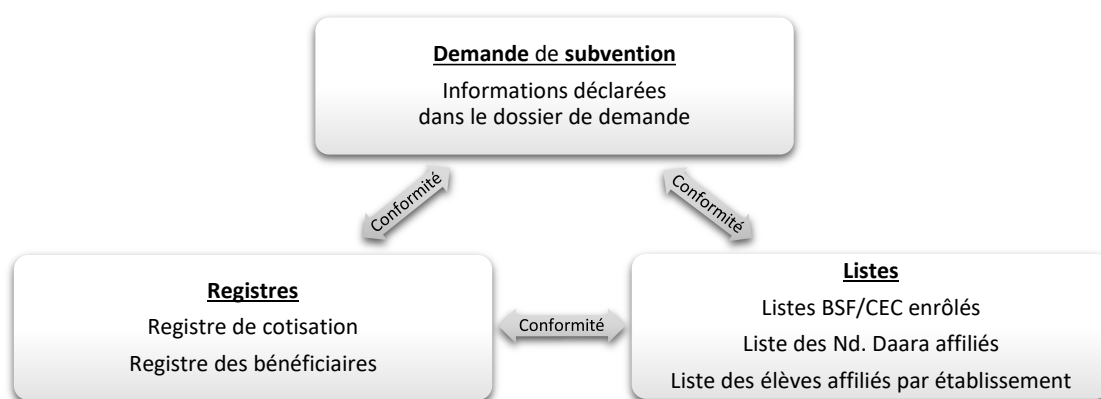


Figure 5 : Contrôle des dossiers de demande de subvention

10.2.3.2 Contrôle des subventions de l'Etat

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter pour le contrôle des subventions sont :

- Ordre de virement des subventions ou copie chèque trésor ;
- Ordre de virement, copie chèque émis par l'UDMS ou bordereau de versement;
- Relevé bancaire ;
- Journal de banque ;
- Registre des cotisations ;
- Lettre portant clé de répartition des subventions ;
- PV de la réunion du CA de l'UDMS portant répartition des subventions ;
- Données de la plateforme GESTAM.

(2) Procédures de contrôle

A) Niveau UDMS

Les procédures consisteront à :

- 1) Contrôler le respect des modalités de répartition des subventions (ciblées, générales, CMU élèves et Ndongo daara) ;
- 2) Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement versés aux MS et ceux mentionnés dans le procès-verbal des CA de répartition des subventions ;
- 3) Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement versés aux MS et ceux enregistrés dans le journal de banque.

B) Niveau MS

- 1) Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement reçus par la MS et ceux enregistrés dans le journal de banque en se référant aux PV des réunions du CA de répartition des subventions de l'UDMS, la copie du chèque ou l'ordre de virement émis par l'UDMS ;
- 2) Contrôler la concordance entre le montant des cotisations acquises, le nombre de bénéficiaires à jour et les subventions générales reçues.

10.2.3.3 Contrôle des subventions des Collectivités territoriales

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de banque ;
- Bordereaux de versement ;
- Décharge ;
- Chèque ;
- Données de la plateforme GESTAM ;
- Copie du PV de délibération du Conseil municipal ou départemental.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement reçus par la mutuelle de santé et ceux enregistrés dans le journal de banque.

10.2.4 Autres ressources

Les autres ressources proviennent des partenaires au développement et des tiers. Ces ressources contribuent à la mise en œuvre d'activités de communication, de suivi et de supervision, de tenue des réunions d'instances, de renforcement des capacités d'acteurs, ...

Ces ressources peuvent être versées dans le compte de l'organisation mutualiste pour la mise en œuvre de l'activité ou gérées par le partenaire directement. Quel que soit le gestionnaire, ces montants doivent être capitalisés dans les ressources globales de l'organisation mutualiste.

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Notification du financement du partenaire ;
- Chèque ;
- Ordre de virement ;
- Décharge.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler la concordance des montants effectivement reçus par l'organisation mutualiste et ceux enregistrés dans le journal correspondant.

10.2.5 Contrôle des dons et legs

Les dons proviennent de la générosité des personnes physiques ou morales membres ou non membres de la mutuelle. C'est l'action d'accorder gratuitement à quelqu'un la propriété, la jouissance d'un bien ou d'un service.

Les legs proviennent de personnes physiques ou morales en général œuvrant dans les domaines caritatifs. C'est un don fait par testament.

Les dons et les legs peuvent être en nature ou en numéraire.

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Pièces de caisse ;
- Bordereaux de versement ;
- Ordre de virement ;
- Copie chèque ;
- Lettre de cession d'immobilisation ;
- Copie testament ;
- Données de la plateforme GESTAM ;
- Tout autre document pouvant justifier le don ou le legs.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler la concordance du montant versé dans la caisse ou la banque avec le montant enregistré dans le journal correspondant.

10.2.6 Contrôle des emprunts

L'emprunt est l'opération consistant à solliciter auprès d'un établissement de crédit ou d'un tiers la mise à disposition d'une somme d'argent remboursable sur une durée et à un taux d'intérêt déterminés par le créancier.

Si l'emprunt est sollicité auprès d'un tiers, le prêt peut être octroyé par espèce, par chèque ou par virement bancaire.

NB : Les prêts octroyés aux mutuelles de santé par une autre MS, l'UDMS ou l'URMS peuvent ne pas être rémunérés (taux d'intérêt est égal à zéro) selon les décisions de l'assemblée générale.

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Pièces de caisse ;
- Bordereaux de versement ;
- Ordre de virement ;
- Copie chèque ;
- Copie de la demande de prêt ;
- Convention de prêt ou accord de prêt ;
- Notification de l'octroi du prêt ;
- Relevé bancaire ;
- Acte notifiant la reconnaissance de prêt ;
- Tableau d'amortissement de l'emprunt ;
- Données de la plateforme GESTAM ;

- Tout autre document pouvant justifier le prêt.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Si le prêt est octroyé par un tiers ou une institution financière, contrôler l'enregistrement de l'emprunt au niveau du journal de caisse ou de banque;
- 2) Contrôler l'enregistrement des frais financiers (intérêts) liés à l'emprunt ;
- 3) Contrôler la concordance entre le montant remboursable par la mutuelle de santé (emprunt + frais financiers) notifié dans le tableau d'amortissement et celui enregistré dans le journal de banque.

10.2.7 Contrôle des produits financiers

Les Produits financiers ne proviennent pas directement de l'activité principale d'une mutuelle ou de son principal objet. Ils sont généralement issus des revenus de titres de placement, des escomptes de paiement, des intérêts de prêt.

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de banque ;
- Relevé bancaire ;
- Données de la plateforme GESTAM ;
- Tout autre document pouvant justifier le versement du produit financier dans les comptes de la MS ou de l'UDMS.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler la concordance du montant versé par l'institution financière notifié dans le relevé bancaire avec celui enregistré dans le journal de banque.

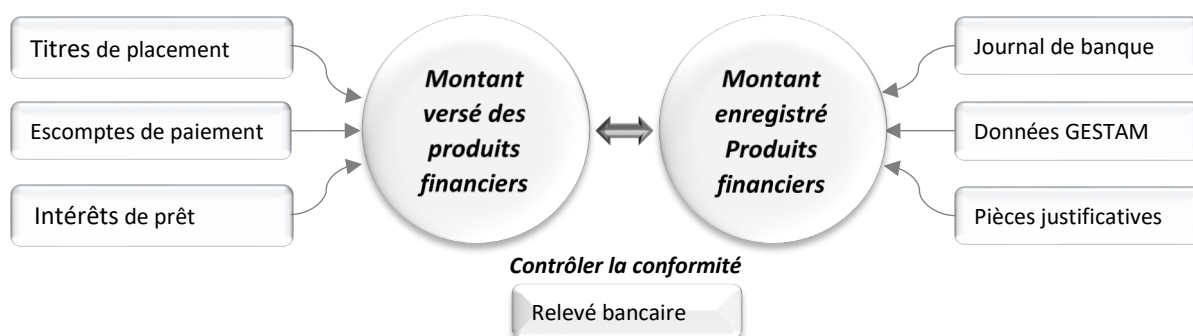


Figure 6 : Le contrôle des produits financiers

10.3 Contrôle des charges des organisations mutualistes

10.3.1 Contrôle des charges techniques (prestations maladie)

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter dans le contrôle des prestations de soins sont :

- Attestation de soins ;
- Bulletins de référence ;
- Bon de commande de médicaments ;
- Factures de prestations de soins ;
- Registre des prestations de soins ;
- Fiche de suivi des prestations par niveau ;
- Fiche de suivi par type de prestations ;
- Liste des médicaments éligibles ;
- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Grille de supervision de la période objet de contrôle ;
- Rapport de supervision de la période objet de contrôle ;
- Convention entre les organisations mutualistes et les prestataires de soins ;
- Registre courrier arrivée et départ ;
- Données de la plateforme GESTAM.

(2) Procédures de contrôle des prestations

A) Niveau mutuelle de santé (paquet de base)

L'équipe de contrôle demandera à disposer des documents listés ci-dessus.

Les procédures consisteront à :

- 1) Contrôler la conformité des outils de gestion des prestations à ceux du Manuel de procédures des organisations mutualistes ;
- 2) Contrôler la concordance des informations (Prénoms et nom, code bénéficiaire et montant) entre les attestations de soins et la facture de synthèse payée ;
- 3) Contrôler le respect de la période d'observation par les membres participants ;
- 4) Contrôler la concordance des informations contenues dans les attestations de soins et factures à celles transcrites dans le registre des prestations de soins ;
- 5) Contrôler la concordance des montants des factures de prestations de soins payées avec ceux enregistrés dans le journal de banque ou le journal de caisse ;
- 6) Contrôler la conformité des actes facturés avec le paquet de services défini dans la convention signée entre la mutuelle et les structures de santé ;
- 7) Contrôler l'en-tête et le cachet sur la facture par rapport au prestataire conventionné ;
- 8) Contrôler la conformité des montants des actes facturés à la mutuelle aux tarifs négociés dans la convention ;
- 9) Contrôler la conformité des médicaments facturés avec la liste des médicaments éligibles ;
- 10) Contrôler le respect du taux de prise en charge par cible ;
- 11) Contrôler le respect des délais de paiement des factures conformément aux dispositions contenues dans les conventions : date de réception et date de paiement des factures (au besoin faire une visite auprès des prestataires de soins) ;
- 12) Vérifier les fréquences de consommation des bénéficiaires ;

- 13) Comparer le nombre de cas par type de bénéficiaire transcrit dans le registre des prestations à celui mentionné sur la fiche de suivi des prestations par niveau et/ou les données de supervision de la même période ;
- 14) Comparer le nombre de prestations inscrites dans le registre des prestations à celui mentionné sur la fiche de suivi par prestation et ou les données de supervision de la même période ;
- 15) Contrôler le respect de la norme du ratio de sinistralité⁴.

B) Niveau UDMS (paquet complémentaire)

L'équipe de contrôle demandera à disposer des documents listés ci-dessus.

Les procédures consisteront à :

- 1) Contrôler le droit aux prestations des bénéficiaires pris en charge (bulletins de référence, lettre de garantie) ;
- 2) Contrôler la concordance des montants payés des factures de prestations de soins et ceux enregistrés dans le journal de banque ;
- 3) Contrôler la conformité des médicaments facturés avec la liste des médicaments éligibles ;
- 4) Contrôler la conformité des montants des actes facturés à l'union aux tarifs négociés dans la convention avec les hôpitaux et officines privées ;
- 5) Comparer le nombre de cas par type de bénéficiaire inscrit dans le registre des prestations à celui mentionné sur la fiche de suivi des prestations par niveau et/ou les données de supervision de la même période ;
- 6) Comparer le nombre de prestations transcrites dans le registre des prestations à celui mentionné sur la fiche de suivi par prestation et ou les données de supervision de la même période ;
- 7) Contrôler le respect des normes du ratio de sinistralité.

10.3.2 Contrôle des dépenses de fonctionnement courantes

Les dépenses identifiées dans le fonctionnement courant des organisations mutualistes sont entre autres :

- Le salaire du personnel ;
- Les frais de transport du personnel ;
- Les frais de déplacement des administrateurs ;
- Les frais de communication (téléphone, internet, ...) ;
- Charges locatives ;
- Eau, électricité et carburant ;
- Les fournitures de bureau et consommables informatiques ;
- Les frais de formation des administrateurs et du personnel ;
- Les activités et supports de communication (Enseigne, Causeries, VAD, Caravane, Affiche, Emission radio, ...).

⁴ Article 19 du règlement n°003 de l'UEMOA

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter pour le contrôle des dépenses de fonctionnement courantes

- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Bon de caisse ;
- Factures ;
- Fiche de synthèse ;
- Bordereau ou reçu de paiement ;
- Bulletin de salaire ;
- Ordre de mission ;
- Données de la plateforme GESTAM.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler la validité de toutes les pièces justificatives des dépenses de fonctionnement courantes ;
- 2) Contrôler l'éligibilité de la dépense conformément à l'objet social de l'organisation mutualiste et aux documents réglementaires ;
- 3) Contrôler l'effectivité du réaménagement budgétaire ;
- 4) Contrôler le respect de la norme du ratio de couverture des charges de fonctionnement.

10.3.3 Contrôle des dépenses d'investissement

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter pour le contrôle des dépenses d'investissement sont :

- Pièces justificatives (bon de commande, bordereau de livraison, facture pro-forma, facture définitive ;
- Journal de banque ;
- Tableau des immobilisations ;
- Budget ;
- Etats financiers.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler la validité de toutes les pièces justificatives des dépenses d'investissement ;
- 2) Contrôler le respect des procédures d'acquisition des investissements ;
- 3) Contrôler l'inscription de la dépense dans le budget de l'organisation mutualiste ;
- 4) Contrôler l'éligibilité de la dépense conformément à l'objet social de l'organisation mutualiste et aux documents réglementaires.

10.4 Contrôle de la trésorerie

Les éléments constitutifs de la trésorerie sont essentiellement la caisse et la banque.

10.4.1 Contrôle de la caisse

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Factures ;
- Registre des prestations de soins ;
- Carnets de reçus ;
- Bon de caisse ;
- Bordereaux de versement ;
- Bordereaux de retrait ;
- Relevé bancaire ;
- Fiche d'adhésion ;
- Fiche individuelle de cotisation ;
- Arrêtés mensuels de caisse ;
- Données de la plateforme GESTAM.

(2) Procédures de contrôle de la caisse

- 1) Contrôler la conformité du journal de caisse au modèle harmonisé ;
- 2) Décompter le montant disponible en caisse en présence du gérant et/ou du trésorier ;
- 3) Contrôler le respect du plafond de caisse conformément au Manuel de procédure des OM ;
- 4) Comparer le solde du journal de caisse et le montant disponible en caisse ;
- 5) Contrôler les entrées et les sorties de fonds à travers les pièces comptables (bon de caisse, facture, reçu, bordereau de versement ou de retrait, etc.) ;
- 6) Contrôler la validité des pièces justificatives (date, montant, libellé, signature etc.) ;
- 7) Contrôler la complétude de l'enregistrement de chaque ligne (partie double) ;
- 8) Contrôler l'effectivité de la double signature des bons de caisse (Président, Trésorier ou suppléants) ;
- 9) Contrôler la concordance des montants des droits d'adhésion enregistrés dans le journal de caisse avec les carnets de reçus (souches) ;
- 10) Contrôler la concordance des montants des cotisations enregistrés dans le journal de caisse avec les carnets de reçus (souches) ;
- 11) Contrôler l'exhaustivité des opérations enregistrées dans le journal de caisse ;
- 12) Contrôler l'exactitude des totaux, reports et soldes du journal de caisse ;
- 13) Contrôler la concordance des approvisionnements ou versement effectués entre la banque et la caisse.

10.4.2 Contrôle de la banque

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de banque ;
- Journal de caisse ;
- Registre des prestations de soins ;
- PV des réunions de CA portant répartition des subventions ;
- Relevés bancaires ;
- Factures ;
- Bordereaux (versement/retrait) ;
- Ordre de virement ;
- Chéquier ;
- Copies chèques ;
- Relevé bancaire ;
- Etats de rapprochement bancaire ;
- Données de la plateforme GESTAM.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler la conformité du journal de banque au modèle harmonisé dans le manuel de procédures des organisations mutualistes ;
- 2) Contrôler l'existence des deux sous comptes (un dédié aux dépenses techniques et un autre dédié aux dépenses de fonctionnement) conformément aux dispositions prévues par l'UEMOA ;
- 3) Contrôler la concordance du solde du journal de banque avec celui du dernier relevé après rapprochement bancaire ;
- 4) Contrôler la justification des entrées et sorties de fonds par une pièce comptable (ordre de virement, chèque, facture, bordereau de versement ou de retrait, etc.) ;
- 5) Contrôler la complétude de l'enregistrement de chaque ligne (respect du principe de la partie double) ;
- 6) Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement reçus avec ceux enregistrés dans le journal de banque en se référant aux PV des réunions du CA portant répartition des subventions ;
- 7) Contrôler l'existence et l'effectivité de la double signature des chèques et ordres de virement (Président, Trésorier ou suppléants) ;
- 8) Contrôler l'exhaustivité des opérations enregistrées dans le journal de banque.

10.5 Contrôle du budget

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Procès-verbaux (BE, CA, AG) ;
- Plan stratégique ;
- Plan de travail annuel ;
- Fiche de suivi budgétaire ;
- Budget prévisionnel ;

- Tableau de suivi budgétaire ;
- Données de la plateforme GESTAM ;
- Etc...

(2) Procédures de contrôle du budget

- 1) Contrôler l'existence et la conformité du budget avec le modèle harmonisé ;
- 2) Contrôler l'existence de procès-verbaux signés, relatifs aux différentes étapes du processus d'approbation du budget ;
- 3) Contrôler l'exécution budgétaire par le rapprochement des prévisions et réalisations des lignes budgétaires citées ci-dessous afin de déceler les écarts :
 - Droits d'adhésion ;
 - Cotisations ;
 - Prestations de soins ;
 - Salaire du personnel ;
 - Frais de transport du personnel ;
 - Frais de déplacement des administrateurs ;
 - Frais de communication (téléphone, internet, ...) ;
 - Charges locatives ;
 - Eau, électricité et carburant ;
 - Fournitures de bureau et consommables informatiques ;
 - Frais de formation des administrateurs et du personnel ;
 - Activités et supports de communication (enseigne, causeries, VAD, caravanes, affiches, émissions radio, ...) ;
 - Dépenses d'investissement.
- 4) Contrôler l'éligibilité des dépenses ;
- 5) Contrôler si le budget a été réaménagé au cours de l'année.

10.6 Contrôle des états financiers

La comptabilité utilisée par les organisations mutualistes est fondée principalement sur le plan comptable des mutuelles sociales de l'UEMOA. C'est une comptabilité de trésorerie dérivée du système allégé. La notion « d'états financiers » dans le système allégé comprend au moins les 3 éléments que sont le bilan, le compte de résultat et les états annexés.

10.6.1 Contrôle du bilan

Le Bilan rend compte du patrimoine de la mutuelle à un instant (t) et fait partie des états financiers. On distingue le bilan d'ouverture et le bilan de clôture.

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Bilan d'ouverture ;

- Bilan de clôture ;
- Journal de banque ;
- Journal de caisse ;
- Compte de résultat ;
- Données de la plateforme GESTAM ;
- Etc.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler l'existence et la conformité du bilan au modèle harmonisé ;
- 2) Contrôler l'équilibre du bilan ;
- 3) Contrôler la correspondance du solde du bilan de clôture de l'année précédente au solde d'ouverture de l'année en cours (Respect du principe d'intangibilité).

10.6.2 Contrôle du compte de résultats

Le compte de résultat décrit les opérations de l'année.

(1) Document à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Grand livre ;
- Balance ;
- Bilan d'ouverture ;
- Bilan de clôture ;
- Etats annexés ;
- Données de la plateforme GESTAM.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler l'existence et la conformité du compte de résultat au modèle harmonisé ;
- 2) Contrôler l'équilibre du compte de résultat.

10.6.3 Contrôle des états annexés

Pour rappel, l'état annexé est un document complémentaire au bilan et au compte de résultat. Il permet de se prononcer sur la sécurité financière de l'organisation mutualiste.

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- PV des réunions de l'AG ;
- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Bilan ;
- Compte de résultat ;

- Relevés bancaires ;
- Tableau des immobilisations ;
- Tableau des créances et des dettes ;
- Tableau des placements financiers ;
- Données de la plateforme GESTAM.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler l'existence des états annexés et leur conformité aux modèles harmonisés (tableau des immobilisations, tableau des créances et des dettes, tableau des placements financiers) ;
- 2) Contrôler la concordance des montants transcrits dans le tableau des immobilisations et ceux enregistrés dans le journal de banque ;
- 3) Contrôler la concordance des montants transcrits dans le tableau des créances et des dettes à ceux enregistrés dans le journal de banque ;
- 4) Contrôler la concordance des montants des produits et charges financiers transcrits dans les relevés bancaires et ceux enregistrés dans le journal de banque.

10.7 Contrôle des réserves

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Journal de caisse ;
- Journal de banque ;
- Pièces de caisse ;
- Bordereaux de versement ;
- Ordre de virement ;
- Copie chèque ;
- PV de l'AGC de l'organisation mutualiste ;
- Convention entre OM et prestataires (date de démarrage des prestations) ;
- Données de la plateforme GESTAM.

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler le respect de la durée⁵ légale de constitution de la réserve (5 ans de fonctionnement) ;
- 2) En cas de constitution d'un fonds d'établissement et/ou de réserves libres, contrôler le respect des normes conformément aux valeurs définies dans les documents statutaires de l'organisation mutualiste ;
- 3) Contrôler l'enregistrement des réserves dans les comptes dédiés du journal de banque ;
- 4) Contrôler le respect de la norme du ratio de réserves obligatoires⁶.

⁵ Article 19 du règlement n°003 de l'UEMOA

⁶ Cf. Décision de 2013 de l'UEMOA

10.8 Contrôle du système d'archivage

(1) Documents à exploiter

Les documents à exploiter sont :

- Outils des adhésions ;
- Outils des cotisations ;
- Outils des prestations ;
- Outils comptables ;
- Outils financiers ;
- Pièces justificatives ;
- PV de réunions statutaires (AG, CA, BE, CC) ;
- Documents administratifs (Notes circulaire, lettres d'information...) ;
- Rapports d'activités (supervision, contrôle, communication,) ;
- Documents réglementaires et statutaires ;
- Documents de référence (manuel de procédures des OM, guide de contrôle, guide de supervision).

(2) Procédures de contrôle

- 1) Contrôler le respect du plan de classement des OM conformément au manuel de procédures des OM ;
- 2) Contrôler l'existence d'un système de numérotation et sa conformité au manuel de procédures des OM.

Annexes

Annexe 1 : Outil de contrôle

Informations générales				
Période de contrôle : Du J/M au J/M Année (Ex : 05 au 10 janvier 2020)				
Région Département District..... Commune.....				
Nom de la mutuelle de santé..... Adresse de la mutuelle..... Contact de la mutuelle.....				
Contrôleurs				
	Prénom (s)et nom	Fonction	Structure	Tel
Répondants				
	Prénom (s)et nom	Fonction	Contact	

1. Contrôle administratif

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1	Tenue des réunions des instances	Contrôler le respect de la tenue des réunions de l'assemblée générale ordinaire (taux de tenue des réunions de l'AG)	Procès-Verbal de la réunion d'AG/ registre PV	01 AG par AN au moins (06 mois après la fin de l'exercice) (≥100%)		
2		Contrôler le respect de la tenue des réunions du CA (taux de tenue des réunions du CA)	Procès-Verbal de la réunion du CA/ registre PV	01 CA par trimestre au moins (≥100%)		
3		Contrôler le respect de la tenue des réunions du BE (taux de tenue des réunions du BE)	Procès-Verbal de la réunion du BE/ registre PV	01 BE par mois au moins (≥100%)		
4	Tenue des missions de contrôle	Contrôler le respect de la tenue des missions de contrôle par la CC (taux de tenue des missions de contrôle par la CC)	Rapport de mission de contrôle de la CC	01 mission de contrôle par la CC par Semestre au moins (≥100%)		
5	Durée du mandat des membres des instances	Contrôler le respect de la durée du mandat des administrateurs	Statuts et règlement intérieur	Normes statutaires (3 ans renouvelable une fois)		
6		Contrôler le respect de la durée du mandat des membres de la Commission de contrôle	Statuts et règlement intérieur	Normes statutaires (3 ans renouvelable une fois)		
7	Respect de la séparation des fonctions	Contrôler le respect de la séparation des fonctions entre administrateurs	manuel de procédures/fiche de poste et statut et réglementent intérieur	Normes statutaires et réglementaires (MPOM)		
8		Contrôler le respect de la séparation des fonctions entre administrateurs et personnel technique	manuel de procédures/fiche de poste et statut et réglementent intérieur	Normes statutaires et réglementaires Normes réglementaires (MPOM)		
9	Documents de planification	Contrôler l'existence d'un plan stratégique au niveau de l'organisation mutualiste	Plan stratégique	Normes réglementaires (MPOM)		
10		Contrôler la disponibilité d'un plan d'action annuel et du budget prévisionnel de l'organisation mutualiste	Plan d'action annuel, budget prévisionnel	Normes réglementaires (MPOM)		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
11	Gestion du personnel	Contrôler l'existence de fiches d'engagement	contrats de prestation de services, une lettre de mise à disposition dûment signée	Existence des fiches et disponibilité du personnel		
12		Contrôler le respect des procédures de recrutement	Appel à candidature, fiche de poste, commission de recrutement, pré- sélection, sélection, PV de recrutement	respect de toutes les étapes du recrutement		
13		Contrôler la régularité du versement des salaires et des charges sociales par l'organisation mutualiste	Bulletins de salaire, reçus de versement IPRES, Caisse de sécurité sociale et services fiscaux	mensuel pour les salaires et le 15 de chaque mois pour les charges sociales		

2.1. Contrôle des adhésions

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler la conformité des outils de gestion des adhésions et des affiliations utilisés à ceux des modèles proposés	Fiche individuelle d'adhésion, fiche de suivi des adhérents et des bénéficiaires, Registre des bénéficiaires, fiche d'affiliation	Les rubriques figurant dans les outils utilisés doivent être identiques à ceux figurant dans le MPOM		
2		Contrôler l'existence d'une fiche d'adhésion individuelle pour chaque adhérent (bénéficiaires classiques, les bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC) et sa transcription dans le registre des bénéficiaires;	fiche individuelle d'adhésion, Registre des bénéficiaires,	Existence de la fiche et sa transcription effective dans le registre des bénéficiaires		
3		Contrôler l'existence d'une fiche d'affiliation (ndongo daara et élève) et sa transcription dans le registre des bénéficiaires;	fiche d'affiliation, Registre des bénéficiaires,	Existence de la fiche et sa transcription effective dans le registre des bénéficiaires		
4		Contrôler l'existence de convention pour les adhésions de groupe	Convention	Existence de la convention liant la OM au groupe concerné		
5		Contrôler la concordance des montants des droits d'adhésion enregistrés dans le journal de caisse avec les souches des carnets de reçus ;	Souches des reçus, journal de caisse	Le total des montants mentionnés des droits d'adhésion dans le journal de caisse doit être égal au total des montants des souches des carnets de reçus		
6		En cas de versement des droits d'adhésion par chèque ou virement bancaire (adhésion de groupe, plateforme SUNUCMU, ...), contrôler la concordance des montants enregistrés dans le journal de banque et les pièces justificatives (copie chèque, ordre de virement).	Copie chèque, ordre de virement, journal de banque, fiche individuelle d'adhésion, fiche de suivi des adhérents et des bénéficiaires, Registre des bénéficiaires, fiche d'affiliation, relevé bancaire	Total des montants des droits d'adhésion mentionnés dans le journal de banque doit être égal au total des montants des pièces justificatives		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
7	Bénéficiaires classiques	Procéder au décompte des bénéficiaires classiques enregistrés dans le registre des bénéficiaires et ou dans le fichier électronique ;	fichier électronique, registre des bénéficiaires	Notification du nombre décompté		
8		Comparer le nombre total de bénéficiaires classiques à celui mentionné sur la fiche de suivi des bénéficiaires ;	Registre des bénéficiaires , fiche de suivi des bénéficiaires	Nombre décompté doit être égal à celui inscrit sur la fiche de suivi des bénéficiaires		
9	BSF ET CEC	Faire le décompte des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés et transcrits dans le registre des bénéficiaires et/ou dans le fichier électronique ;	Registre des bénéficiaires et/ou fichier électronique	Nombre décompté doit être égal à celui inscrit sur la fiche de suivi des bénéficiaires		
10		Comparer le nombre des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC transcrits dans le registre et celui de la liste nominative des bénéficiaires du PNBSF/CEC à enrôler ;	Registre des bénéficiaires et/ou fichier électronique, liste nominative des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC à enrôler	Nombre décompté doit être égal à celui inscrit sur la liste nominative des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC à enrôler		
11		Comparer le nombre des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC transcrits dans le registre et celui de la liste nominative certifiée des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés ;	Registre des bénéficiaires et/ou fichier électronique, liste certifiée des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés	Nombre décompté doit être égal à celui inscrit sur la liste nominative certifiée des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés ;		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
12	Elèves et Ndongo daara	Contrôler le respect des modalités d'affiliation des élèves et des ndongo Daara ;	Arrête interministériel N°01448 du 26 janvier 2017 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un régime d'assurance maladie pour les élèves ; liste des élèves certifiée par les établissements/ les certificats de scolarité des élèves affiliés ; lettre d'information (CMU ndongo-Daara), Fiche d'affiliation (CMU ndongo-Daara)	Ces différents paramètres doivent être respectés: inscription du prénom et nom de l'élève /ndongo-daara, la fiche d'affiliation remplie, signée et cachetée, acquittement du montant de la cotisation, certificat de scolarité individuel ou liste récapitulative des élèves /ndongo-daara avec le cachet et la signature de l'établissement/ daara		
13		Faire le décompte des élèves et des ndongo daara enregistré dans le registre des bénéficiaires et le comparer avec les listes d'affiliation remplies, signées et cachetées par les établissements scolaires et Daara ;	Arrête interministériel N°01448 du 26 janvier 2017 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un régime d'assurance maladie pour les élèves ; liste des élèves certifiée par les établissements/ les certificats de scolarité des élèves affiliés ; lettre d'information (CMU ndongo-Daara), Fiche d'affiliation (CMU ndongo-Daara)	Nombre décompté doit être égal au nombre d'élèves et ndongo-daara inscrits sur les listes d'affiliation		
14	Bénéficiaires inscrits via la plateforme SNUCMU	Comparer la liste de bénéficiaires inscrits via la plateforme SNUCMU à ceux inscrits dans le registre des bénéficiaires.	Liste de bénéficiaires inscrits via la plateforme SNUCMU, registre des bénéficiaires	Nombre décompté dans le registre doit être égal au nombre inscrit sur la liste des bénéficiaires via la plateforme.		

2.2. Contrôle des cotisations

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1	Niveau MS	Contrôler la conformité des outils utilisés à ceux du Manuel de procédures des OM ;	Fiche individuelle de cotisation, Registre des cotisations, Fiche de suivi des cotisations,	Les rubriques figurant dans les outils utilisés doivent être identiques à ceux figurant dans le MPOM		
2		Contrôler l'existence d'une fiche individuelle de cotisations pour chaque adhérent classique et sa transcription dans le registre des cotisations ;	Fiche individuelle de cotisation, Registre des cotisations,	Existence de la fiche et sa transcription effective dans le registre des bénéficiaires		
3		Contrôler la concordance des montants des cotisations enregistrés dans le journal de caisse avec les souches des carnets de reçus ;	journal de caisse, carnets de reçus (souches), fiches individuels de cotisation	Total des montants mentionnés dans le journal de caisse doit être égal au total des montants des reçus		
4		Contrôler la concordance entre le nombre d'élèves et de Ndongo daara affiliés avec le montant des cotisations recouvrées pour cette cible;	Fiches d'affiliation, reçus (souches), journal de caisse, photocopie ordre de virement	Le nombre total d'élèves/ Ndongo daara doit correspondre au montant total des cotisations enregistrés dans le journal de caisse (montant des cotisations enregistrés= 1000*nombre d'élèves/Ndongo daara affiliés)		
5		Contrôler l'existence d'une fiche d'affiliation dûment signée par tous les élèves/ndongo daaras et enregistrée dans le registre des cotisations ;	Fiche d'affiliation signée, registre des cotisations	Chaque élève/ Ndongo daara doit avoir une fiche d'affiliation signé et cette fiche doit être transcrite dans le registre des cotisations		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
6		En cas de versement des cotisations par chèque ou virement (adhésion de groupe, plateforme SUNUCMU, ...), contrôler la concordance des montants enregistrés dans le journal de banque et les pièces justificatives (copie chèque, ordre de virement).	Copie chèque, ordre de virement, Données des bénéficiaires inscrits via la plateforme SUNUCMU, journal de banque	Total des montants mentionnés dans le journal de banque doit être égal au total des montants des pièces justificatives		
		Bénéficiaires classiques				
7		Procéder au décompte des bénéficiaires à jour transcrits dans le registre des cotisations ;	fiches individuelles de cotisation, registre de cotisation	Noter le nombre de bénéficiaires à jour décompté		
8		Vérifier la concordance entre les montants des cotisations enregistrés dans les journaux de caisse et banque et les montants mentionnés sur les pièces justificatives (souches des reçus, copie chèques, ...) ;	Journal de caisse, journal de banque, souches des reçus, copie chèque, ...	Somme des cotisations enregistrés dans les journaux de banque et de caisse doit être égale à la somme des montants des pièces justificatives		
9		Comparer le nombre total de bénéficiaires à jour à celui mentionné sur la fiche de suivi des cotisations et les fiches individuelles de cotisation.	Fiche de suivi des cotisations, fiches individuelles de cotisation, registre de cotisation,	Nombre décompté doit être égal à celui inscrit sur la fiche de suivi des cotisations		
10		Contrôler la concordance entre le montant des cotisations acquises et le nombre de bénéficiaires à jour pour une période donnée (un an, 6 mois,...)	Registre des cotisations, fiches individuelles de cotisation, journal de caisse ou banque,	Le nombre total de bénéficiaires à jour doit correspondre au montant total des cotisations enregistrés dans les journaux (montant des cotisations enregistrés= (3500*nombre de bénéficiaires ayant cotisé 3500) + (1750*nombre de bénéficiaires ayant cotisé 1750))		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
11		Contrôler le respect de la norme du taux de recouvrement des cotisations (calcul des cotisations acquises, émises et perçus d'avance)	registre des bénéficiaires, registres des cotisations et fiche de suivi des cotisations, journal de banque et caisse	Taux de recouvrement $\geq 90\%$ (La somme des cotisations acquises recouvrées pendant la période t rapportée à la somme des cotisations émises pour la même période t)		
1	Niveau UDMS	Contrôler l'enregistrement des cotisations des MS membres de l'UDMS dans les journaux de banque et de caisse ;	Journal de caisse et de banque, souches des reçus	Enregistrement effectif des montants des cotisations des MS dans les journaux de banque et de caisse		
2		Contrôler la concordance des montants des cotisations des MS membres de l'UDMS enregistrés dans les journaux (banque et caisse) et les pièces justificatives.	Journal de caisse et de banque, pièces justificatives (souches des reçus, copie chèque,...)	total de la somme des cotisations des MS membres de l'UDMS doit être égal à la somme des montants des pièces justificatives		

2.3.1. Contrôle des dossiers de subvention

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1	Exactitude des informations déclarées	Contrôler la complétude et la conformité des éléments du dossier de demande de subvention ;	Note d'orientation sur la composition des dossiers de demande de subvention	Renseignement de l'ensemble des rubriques des modèles proposés et fournir le dossier au complet		
2		Comparer le nombre de bénéficiaires classiques à jour décomptés dans le registre des cotisations à celui mentionné sur la liste des bénéficiaires à jour déclarés ;	Fiche de suivi des cotisations, registre des cotisations	le nombre de bénéficiaires à jour décompté dans le registre des cotisations doit être égal au nombre déclaré par la MS		
3		Comparer le nombre de bénéficiaires du PNBSF et les détenteurs de la CEC décomptés dans le registre des bénéficiaires à celui mentionné sur la liste des bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés ;	Listes des bénéficiaires du PNBSF et CEC à enrôler envoyées par l'Agence de la CMU, Registre des bénéficiaires, Liste certifiée des bénéficiaires du PNBSF effectivement enrôlés, Liste certifiée des détenteurs de la CEC effectivement enrôlés	Le nombre de bénéficiaires du PNBSF et des détenteurs de la CEC décomptés dans le registre des bénéficiaires doit être égal au nombre effectivement enrôlés et déclarés par la MS		
4		Comparer le nombre d'élèves décomptés dans le registre des cotisations à celui mentionné sur la liste des élèves affiliés par établissement ;	Registre des cotisations, listes des élèves affiliés par établissement	Le nombre d'élèves décompté dans le registre des cotisations doit être égal au nombre d'élèves affiliés		
5		Comparer le nombre de ndongo daara affiliés décomptés dans le registre des cotisations à celui mentionné sur la liste des ndongo daara affiliés.	Registre des cotisations, listes des Ndongo daara affiliés par établissement	Le nombre de Ndongo daara décompté dans le registre des cotisations doit être égal au nombre de ndongo daara affiliés		

2.3.2. Contrôle des subventions

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
	Subventions Etat (générale et ciblée)	Niveau UDMS				
1		Contrôler le respect des modalités de répartition des subventions (ciblées, générales, CMU élèves et Ndongo daara)	Tableau de synthèse des subventions Lettre de répartition signée par le DG de l'ANACMU	Les montants répartis doivent être conformes aux taux définis dans la lettre de répartition signée par la DG de l'ANACMU		
2		Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement versés aux MS et ceux mentionnés dans le PV des CA de répartition des subventions	PV de la réunion du CA portant répartition des subventions, ordre de virement, copies chèques, relevés bancaires	Le montant des subventions versé à la MS doit être égal au montant alloué à la MS mentionné sur le PV de la réunion du CA portant répartition des subventions (aucune compensation n'est autorisée)		
3		Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement versés aux MS et ceux enregistrés dans le journal de banque	Copie chèques et ordre de virement PV réunion CA portant de répartition des subventions, journal de banque	Le montant total des subventions versés aux MS doit être égal au montant des subventions enregistré dans le journal de banque.		
		Niveau MS				
1		Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement reçus de l'UDMS et ceux mentionnés dans le PV de la réunion du CA portant répartition des subventions	Relevé de compte bancaire	Le montant reçu de l'UDMS doit être égal au montant mentionné dans le PV de la réunion du CA portant répartition des subventions		
2		Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement reçus par la MS et ceux enregistrés dans le journal de banque	Copie chèques et ordre de virement, journal de banque, bordereau de versement	Le montant total des subventions reçus de l'UDMS doit être égal au montant des subventions enregistré dans le journal de banque. C'est uniquement valable au niveau de l'UDMS		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
3		Contrôler la concordance entre le montant des cotisations acquises, le nombre de bénéficiaires à jour et les subventions générales reçues	Registre des cotisations Fiche de suivi des cotisations, journal de banque,	Montant des cotisations acquises doit être égal au montant des subventions avant application de la lettre de répartition		
1	Subventions des collectivités territoriales	Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement reçus par la MS et ceux enregistrés dans le journal de banque	Journal de banque copies chèque et ordre de virement	Le montant total des subventions reçus de la collectivité territoriale doit être égal au montant des subventions enregistré dans le journal de banque.		

2.4. Contrôle des autres ressources

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler la concordance du montant reçus par l'organisation mutualiste et le montant enregistré dans le journal correspondant.	Notification du financement du partenaire, Chèque, ordre de virement, décharge,	Le montant du financement reçu doit être égal au montant enregistré dans le journal correspondant		

2.5. Contrôle des dons et legs

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler la concordance du montant versé dans la caisse ou la banque et le montant enregistré dans le journal correspondant.	journal de caisse, journal de banque, pièces justificatives (pièce de caisse, bordereau de versement bancaire, lettre de session d'immobilisation, copie testament, tout autre document pouvant justifier le don ou le legs)	Le montant des dons ou legs effectivement reçus doit être égal au montant enregistré dans le journal correspondant		

2.6. Contrôle des emprunts

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Si le prêt est octroyé par un tiers ou une institution financière, contrôler l'enregistrement de l'emprunt au niveau du journal de caisse ou de banque ;	Journal de caisse, journal de banque, document notifiant le prêt, relevés bancaires	Enregistrement effectif du montant emprunté dans le journal correspondant		
2		Contrôler l'enregistrement des frais financiers (intérêts) liés à l'emprunt ;	Tableau d'amortissement de l'emprunt, journal de banque, relevés bancaires	Enregistrement effectif du montant des frais financiers (intérêt) liés à l'emprunt dans le journal correspondant		
3		Contrôler la concordance du montant remboursable par la MS (emprunt + frais financiers) notifié dans le tableau d'amortissement et ceux enregistrés dans le journal de banque ;	Tableau d'amortissement de l'emprunt, journal de banque, relevés bancaires	Le montant remboursable par l'OM (montant emprunté + frais financiers) doit être égal au montant enregistré dans le journal de banque.		

2.7. Contrôle des produits financiers

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler la concordance du montant versé par l'institution financière notifié dans le relevé bancaire et celui enregistré dans le journal de banque.	journal de banque, relevés bancaires,	Montant des produits financiers notifié dans le relevé bancaire doit être égal au montant enregistré dans le journal de banque		

3.1. Contrôle des charges techniques (de prestations)

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1	Niveau MS	Contrôler la conformité des outils de gestion des prestations à ceux du Manuel de procédures des organisations mutualistes ;	Manuel de procédures des organisations mutualistes	Les rubriques figurant dans les outils utilisés doivent être identiques à ceux figurant dans le manuel de procédures des organisations mutualistes		
2		Contrôler la concordance des informations (Prénoms et nom, code bénéficiaire et montant) entre les attestations de soins et la facture de synthèse payée ;	Attestations de soins, facture de synthèse	Les informations (prénoms et nom, code bénéficiaire et montant) figurant sur les attestations de soins doivent être identiques à celles figurant sur la facture de synthèse		
3		Contrôler le respect de la période d'observation par les membres participants	fiches individuelles d'adhésion	Date de retrait du carnet/ Livret/ carte de membre - date de versement de la cotisation doit être égal à : - 1 mois si cotisation annuelle (3500) - 2 mois si cotisation semestrielle (1750)		
4		Contrôler la concordance des informations contenues dans les attestations de soins et factures à celles transcrites dans le registre des prestations de soins;	Attestations de soins, factures, registre de prestations de soins	Informations figurant dans les attestations de soins et les factures de prestations doivent être identiques à celles transcrites dans le registre des prestations de soins		
5		Contrôler la concordance des montants des factures de prestations de soins payées et ceux enregistrés dans le journal de banque ou le journal de caisse ;	Journaux de caisse et de banque Factures et attestations de soins	Le total des montants des factures de prestations de soins payées doit être égal au total des montants des factures de soins enregistrés dans le journal correspondant		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
6		Contrôler la conformité des actes facturés avec le paquet de services défini dans la convention signée entre la mutuelle et les structures de santé ;	conventions signées entre la MS et le prestataire	les actes facturés doivent être conformes au paquet de services défini dans la convention		
7		Contrôler l'entête et le cachet sur la facture par rapport au prestataire conventionné.	Facture, conventions	L'entête et le cachet sur la facture doivent refléter la structure conventionnée		
8		Contrôler la conformité des montants des actes facturés à la mutuelle aux tarifs négociés dans la convention ;	conventions signées entre la MS et le prestataire Paquet de base	les tarifs négociés figurant dans la convention liant la MS à la structure de santé doivent être les mêmes que ceux des actes facturés		
9		Contrôler la conformité des médicaments facturés avec la liste des médicaments éligibles;	liste des médicaments éligibles	Les médicaments facturés doivent figurer sur la liste des médicaments éligibles		
10		Contrôler le respect du taux de prise en charge par cible	conventions signées entre la MS et le prestataire Paquet de base	Le taux de prise en charge de chaque cible doit être conforme au taux défini dans la convention liant la structure de santé et la MS		
11		Contrôler le respect des délais de paiement des factures conformément aux dispositions contenues dans les conventions : date de réception et date de paiement des factures (au besoin faire une visite auprès des prestataires de soins) ;	registre courrier (arrivée et départ)	Normes conventionnées		
12		Contrôler les fréquences de consommation des bénéficiaires	registre des prestations de soins, fiche de suivi des prestations par niveau, fiche de suivi par prestation, registre des cotisations, factures de prestations, attestations de soins,	Nombre de cas par prestation/ Nombre de bénéficiaires à jour de leurs cotisations X100 [50% à 75%]		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
13		Comparer le nombre de cas par type de bénéficiaires inscrits dans le registre des prestations à celui mentionné sur la fiche de suivi des prestations par niveau et/ou les données de supervision de la même période ;	registre des prestations de soins, fiche de suivi des prestations par niveau,	le nombre de cas décompté par type de bénéficiaire doit être égal au nombre de cas mentionné sur la fiche de suivi des prestations par niveau		
14		Comparer le nombre de prestations transcrites dans le registre des prestations à celui mentionné sur la fiche de suivi par prestation et ou les données de supervision de la même période ;	Registre des prestations de soins, fiche de suivi par prestation, fichier électronique	le nombre de prestations décompté dans le registre doit être égal à celui mentionné sur la fiche de suivi par type de prestation		
15		Contrôler le respect de la norme du taux de sinistralité (ou ratio des charges de sinistres)	Registre des prestations de soins et registre des cotisations	Montant total des prestations n (avec les provisions n) *100/ Cotisations Acquises n [70% ; 80%]		
1	Niveau UDMS	Contrôler le droit aux prestations des bénéficiaires pris en charge (bulletins de référence, lettre de garantie) ;	registre des prestations, bulletins de référence, lettre de garantie	Existence de bulletins de référence et de lettre de garantie		
2		Contrôler la concordance des montants des factures de prestations de soins payées et ceux enregistrés dans le journal de banque ;	Facture, registre de prestations de soins, et journal de banque	total des montants facturés doit être égal au montant enregistré dans le journal de banque		
3		Contrôler la conformité des médicaments facturés avec la liste des médicaments éligibles;	liste des médicaments éligibles	Les médicaments facturés doivent figurer sur la liste des médicaments éligibles		
4		Contrôler la conformité des montants des actes facturés à l'union aux tarifs négociés dans la convention avec les hôpitaux et officines privées;	convention signée entre l'UDMS et l'hôpital et conventions signées entre l'UDMS et les officines	les tarifs négociés figurant dans la convention liant la MS à la structure de santé doivent être les mêmes que ceux des actes facturés		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
5		Comparer le nombre de cas par type de bénéficiaires inscrits dans le registre des prestations à celui mentionné sur la fiche de suivi des prestations par niveau et/ou les données de supervision de la même période ;	registre des prestations de soins, fiche de suivi des prestations par niveau,	le nombre de cas décompté par type de bénéficiaire doit être égal au nombre de cas mentionné sur la fiche de suivi des prestations par niveau		
6		Comparer le nombre de prestations (consultations, médicaments IB, médicaments officine, hospitalisations, analyses médicales, radiologie, accouchement, autres) inscrites dans le registre des prestations à celui mentionné sur la fiche de suivi par prestation et ou les données de supervision de la même période ;	registre des prestations de soins, fiche de suivi par prestation	le nombre de prestations décompté dans le registre doit être égal à celui mentionné sur la fiche de suivi par prestation		
7		Contrôler le respect de la norme du taux de sinistralité (ou ratio des charges de sinistres)	Registre des prestations de soins et registre des cotisations	Montant total des prestations n (avec les provisions n) *100/ Cotisations Acquises n [70% ; 80%]		

3.2. Contrôle des dépenses de fonctionnement courant

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler la validité de toutes les pièces justificatives des dépenses de fonctionnement courantes enregistrées;	Pièces justificatives (bulletins de salaires, factures, Factures, Fiche de synthèse, Bordereau ou reçu de paiement), photocopie chèque, décharge, bon de caisse	Toutes les pièces justificatives des dépenses courantes doivent être numérotées, datées, signées et cachetées		
2		Contrôler l'éligibilité de la dépense conformément à l'objet social de l'organisation mutualiste et aux documents réglementaires ;	Budget prévisionnel, ou budget remanié, budget détaillé	Les dépenses ne doivent pas être contraires à l'objet social et doivent être planifiées et imputées sur leurs lignes budgétaires dédiées		
3		Contrôler l'effectivité du réaménagement budgétaire;	Budget prévisionnel	Avant d'effectuer une dépense non inscrite dans le budget il faut procéder au réaménagement budgétaire ou virement interne		
4		Contrôler le respect de la norme du ratio de couverture des charges de fonctionnement.	journal de caisse, journal de banque, registre des cotisations	Charges de fonctionnement n *100/Cotisations acquises n (≤ 20%)		

3.3. Contrôle des dépenses d'investissement

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler la validité de toutes les pièces justificatives des dépenses d'investissement enregistrées;	journal de banque, bilan, pièces justificatives	les bons de commande, factures pro-forma, Bordereau de livraison, factures définitives, PV de réception... doivent être numérotés, datés, signés et cachetés		
2		Contrôler le respect des procédures d'acquisition des investissements ;	manuel de procédures	Les procédures d'acquisition des investissements doivent être conformes au MPOM		
3		Contrôler l'inscription de la dépense dans le budget de l'organisation mutualiste	Budget	La dépense d'investissement doit être inscrit dans le budget (initial ou réaménagé)		
4		Contrôler l'éligibilité de la dépense conformément à l'objet social de l'organisation mutualiste et aux documents réglementaires ;	Budget	Toute dépense de l'exercice en cours doit être prévue dans le budget de l'année et répondre à l'objet social de l'OM		

4.1. Contrôle de la caisse

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler la conformité du journal de caisse au modèle harmonisé dans le manuel de procédures des organisations mutualistes ;	journal de caisse, manuel de procédures	les différentes rubriques du journal de caisse doivent être conformes à ceux du MPOM		
2		Décompter le montant en caisse en présence du trésorier et du gérant et le comparer au solde du journal de caisse;	journal de caisse	le montant disponible dans la caisse doit être égal au solde du journal de caisse		
3		Contrôler le respect du plafond de caisse conformément au Manuel de procédure des OM ;	Journal de caisse, MPOM	Le montant disponible en caisse doit être inférieur ou égal à 50000 F CFA		
4		Contrôler la concordance des entrées et des sorties de fonds à travers les pièces comptables (bon de caisse, facture, reçu, bordereau de versement ou de retrait, etc.) ;	journal de caisse, journal de banque, relevés bancaires	Toutes les entrées et les sorties de fond doivent être justifiées par une pièce (bon de caisse, facture, reçu, bordereau de versement ou de retrait, etc.) ;		
5		Contrôler la validité des pièces justificatives (date, montant, libellé, signature etc.) ;	bon de caisse, facture, reçu, bordereau de versement ou de retrait, etc.) ;	les pièces justificatives doivent être numérotées, datées, cachetées et signées par le PCA, le trésorier d'une part ou le tiers qui effectue, le retrait ou versement et le caissier de la banque		
6		Contrôler la complétude de l'enregistrement de chaque ligne (partie double) ;	journal de caisse	toutes les rubriques d'un enregistrement d'une opération doivent être renseignées		
7		Contrôler l'effectivité de la double signature des bons de caisse (Président, Trésorier ou suppléants) ;	bon de caisse	Les bons de caisse doivent être signés par deux personnes habilitées (PCA et Trésorier ou le suppléant en cas d'absence d'un des signataires)		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
8		Contrôler la concordance des montants des droits d'adhésion enregistrés dans le journal de caisse avec les carnets de reçus (souches) ;	journal de caisse et carnet de reçus (souches)	les montants des droits d'adhésions enregistrés dans le journal de caisse doivent correspondre aux montants des carnets de reçu des adhérents		
9		Contrôler la concordance des montants des cotisations enregistrés dans le journal de caisse avec les carnets de reçus (souches) ;	journal de caisse et carnet de reçus (souches)	les montants des cotisations enregistrés dans le journal de caisse doivent correspondre aux montants des carnets de reçu de cotisation		
10		Contrôler l'exhaustivité des opérations enregistrées dans le journal de caisse ;	journal de caisse et pièces justificatives	toutes les opérations liées à la caisse doivent être enregistrées dans le journal de caisse		
11		Contrôler l'exactitude des totaux, reports et soldes du journal de caisse ;	journal de caisse	les totaux des montants doivent correspondre à la somme des opérations rapprochées par le gestionnaire, le report à nouveau créditeur doit correspondre au reliquat du résultat après affectation résultat en cas de bénéfice et le report à nouveau débiteur doit être égal à la perte restant à être absorbée		
12		Contrôler la concordance des approvisionnements ou versement effectués entre la banque et la caisse.	journal de caisse et journal de banque	les montants retirés à la banque doivent correspondre aux montants versés à la caisse pendant la même période		

4.2. Contrôle de la banque

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler la conformité du journal de banque au modèle harmonisé dans le manuel de procédures des organisations mutualistes ;	manuel de procédure, journal de banque	Les rubriques du journal de banque doivent être identiques à celles du modèle harmonisé		
2		Contrôler l'existence des deux sous comptes (un compte dédié aux dépenses techniques et un autre dédié aux dépenses de fonctionnement) conformément aux dispositions prévues par l'UEMOA ;	chéquier pour les dépenses de fonctionnement et chéquier pour les dépenses techniques. Cela peut être appliqué par les UDMS et non par les MS car les agios pour les deux comptes sont insoutenables pour les deux comptes pour le montant	Les dépenses de fonctionnement doivent être imputées dans le compte dédié aux dépenses de fonctionnement et les dépenses techniques, dans le compte dédié aux dépenses techniques		
3		Contrôler la concordance du solde du journal de banque avec celui du dernier relevé après rapprochement bancaire ;	journal de banque, états de rapprochement bancaires	le solde du journal de banque doit être identique au solde du relevé bancaire après rapprochement		
4		Contrôler la justification des entrées et sorties de fonds par une pièce comptable (ordre de virement, chèque, facture, bordereau de versement ou de retrait, etc.) ;	journal de banque, pièces justificatives	Tous les enregistrements des entrées et des sorties de fonds doivent se faire sur la base de pièces justificatives.		
5		Contrôler la complétude de l'enregistrement de chaque ligne (respect du principe de la partie double) ;	journal de banque	Toutes les rubriques du journal doivent être renseignées au début et au crédit du journal de banque.		

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
6		Contrôler la concordance des montants des subventions effectivement reçues et ceux enregistrés dans le journal de banque en se référant aux PV des réunions du CA portant répartition des subventions ;	Journal de banque, PV des réunions du CA concernant la répartition des subventions.	Les montants des subventions reçues doivent correspondre aux montants enregistrés dans le journal de banque. Il ne doit pas y avoir de compensation entre les dettes antérieures entre les mutuelles et l'UDMS (principe de la transparence et da la non compensation)		
7		Contrôler l'existence et l'effectivité de la double signature des chèques et ordres de virement	Chèque, bon de caisse, ordre de virement...			
8		Contrôler l'exhaustivité des opérations enregistrées dans le journal de banque.	journal de banque et carnet de reçus (souches)	Toutes les opérations liées à la banque doivent être enregistrées dans le journal de banque.		

5. Contrôle du budget

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler l'existence et la conformité du budget avec le modèle harmonisé ;	budget, Manuel de procédures des organisations mutualistes	le budget doit être conforme au modèle harmonisé		
2		Contrôler l'existence de procès-verbaux signés, relatifs aux différentes étapes du processus d'approbation du budget ;	procès-verbaux des BE, CA et AG	Chaque étape de l'élaboration du budget doit être sanctionnée par un PV de l'instance concernée dûment signé.		
3		Contrôler l'exécution budgétaire	tableau de suivi budgétaire	Chaque nature de dépense doit être imputée sur la ligne budgétaire dédiée,		
4		Contrôler l'éligibilité des dépenses	Budget prévisionnel ou réaménagé	les dépenses ne doivent pas être contraires à l'objet social et doivent être prévues dans le budget de l'année en cours		
5		Contrôler le réaménagement budgétaire au cours de l'année.	Budget réaménagé Manuel de procédures Budget initial	Les modalités du réaménagement doivent être respectées : (le taux de virement interne indiqué dans le manuel de procédures doit être respecté de même que l'autorisation du CA en cas de dépassement de certains plafonds)		

6.1. Contrôle du bilan

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler l'existence et la conformité du bilan au modèle harmonisé (clôture et ouverture) ;	bilan de l'année n et de l'année n+1, manuel de procédures	Le bilan doit être conforme au modèle proposé dans le plan comptable des mutuelles sociales (PCMS).		
2		Contrôler l'équilibre du bilan ;	bilan	le total de l'actif doit être égal au total du passif		
3		Contrôler la correspondance du solde du bilan de clôture de l'année précédente au solde d'ouverture de l'année en cours (Respect du principe d'intangibilité)	Bilan d'ouverture et de clôture	le solde du bilan de clôture de l'année précédente doit correspondre au solde du bilan de l'année en cours.		

6.2. Contrôle du compte de résultat

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler l'existence et la conformité du compte de résultat au modèle harmonisé ;	Compte de résultat, Manuel de procédures, PCMS	Les montants arrêtés dans les journaux de caisse et de banque doivent correspondre aux montants reportés dans le compte de résultat		
2		Contrôler l'équilibre du compte de résultat;	compte de résultat	le total du débit doit être égal au total du crédit		

6.3. Contrôle des états annexés

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler l'existence des états annexés et leur conformité aux modèles harmonisés (tableau des immobilisations, tableau des créances et des dettes, tableau des placements financiers) ;	Tableau des immobilisations, tableau des créances et des dettes, tableau des placements financiers	Toutes informations financières rattachées à l'exercice écoulé, pouvant intéresser les tiers doivent figurer dans les états annexes sous formes de tableaux conformes aux modèles proposés		
2		Contrôler la concordance des montants inscrits dans le tableau des immobilisations et ceux enregistrés dans le journal de banque ;	tableau des immobilisations, journal de banque	Les montants des amortissements des immobilisations, des dettes doivent être inscrits dans le tableau des immobilisations doivent être identiques aux montants enregistrés dans le journal de banque		
3		Contrôler la concordance des montants inscrits dans le tableau des créances et des dettes à ceux enregistrés dans le journal de banque ;	tableau des créances, tableau des dettes, journal de banque	Les créances non encore recouvrées, les dettes à court terme et à long terme doivent être mentionnées dans les états annexes. Ces montants doivent correspondre à ceux inscrits dans le journal de banque et dans le bilan		

7. Contrôle des réserves

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler le respect de la durée légale de constitution de la réserve (5 ans de fonctionnement) ;	PV de l'Assemblée générale constitutive de l'organisation mutualiste ; Convention entre OM et prestataires (date de démarrage des prestations), MPOM, règlements UEMOA,	La réserve doit être constituée au bout de 5 ans d'existence		
2		En cas de constitution d'un fonds d'établissement et/ou de réserves obligatoires, contrôler le respect des normes conformément aux valeurs définies dans les documents statutaires de l'organisation mutualiste;	Documents statutaires, bilan, compte de résultats	Cf. normes du règlement de l'UEMOA, et du manuel de procédures		
3		Contrôler l'enregistrement des réserves dans les comptes dédiés du journal de banque ;	Journal de banque	enregistrement des réserves constituées dans le compte dédié		
4		Contrôler le respect de la norme du ratio des réserves obligatoires	Registre de prestations, bilan, compte de résultat	Normes statutaires (5% à 10%)		

8. Contrôle de l'archivage

N°	ELEMENTS DE CONTROLE	PROCEDURES DE CONTROLE	DOCUMENTS SOURCE	NORMES	CONSTATS (noter les écarts, les manquements, les limites, ...)	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS
1		Contrôler le respect du plan de classement des organisations mutualistes conformément au manuel de procédures	MPOM, plan de classement des organisations mutualistes	Cf. MPOM		
2		Contrôler l'existence d'un système de numérotation et sa conformité au manuel de procédures.	MPOM, plan de classement des organisations mutualistes	Cf. MPOM		

Annexe 2 : Canevas du rapport de contrôle

1. Rappel du contexte et de la justification
2. Rappel des objectifs
3. Rappel des résultats attendus
4. Date et lieu du contrôle
5. Période sous revue
6. Description de la méthodologie
7. Difficultés rencontrées dans la mission de contrôle
8. Présentation et analyse des résultats
9. Recommandations

Annexe 3 : Modèle statut harmonisé des mutuelles de santé

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple-Un But-Une foi

REGION DE

DEPARTEMENT DE

Commune de

MUTUELLE DE SANTE

STATUTS

**LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
POUR DES SOINS DE SANTE DE QUALITE A MOINDRE COÛT**

STATUTS DE LA MUTUELLE DE SANTE

TITRE PREMIER : DENOMINATION – SIEGE SOCIAL – DUREE – OBJET

Article 1.- Dénomination

Il est créé, conformément au règlement communautaire n°07/CM /UEMOA / 2009 du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, à la loi n°2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé et au décret n° 2009-423 du 27 avril 2009, une mutuelle de santé dénommée « mutuelle de santé ».

La mutuelle de santé est une association apolitique à but non lucratif. Elle est ouverte à toute personne remplissant les conditions fixées par les statuts sans distinction tenant au sexe, à la race, à la religion ou à l'appartenance politique.

Article 2.- Siège social

Le siège de la mutuelle de santé est établi à, dans la commune de (Région de Département de). Il peut être transféré à tout autre lieu dans la commune par une délibération de l'Assemblée Générale.

Article 3.- Durée.

La durée de la mutuelle de santé est illimitée.

Article 4.- Objet

La mutuelle de santé a pour objet d'améliorer les conditions de santé des populations de sa zone d'implantation. Elle se propose de mener, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en vue notamment :

1. d'assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé ;
2. d'assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires ;
3. de faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité ;
4. de stimuler l'amélioration de la qualité des soins ;
5. de participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé ;
6. de promouvoir et de développer ses propres services de santé.

Toute nouvelle activité doit être autorisée par l'assemblée générale avant son démarrage et respecter la réglementation en vigueur.

TITRE II : QUALITE DE MEMBRE, ADHESION ET CATEGORIES DE MEMBRES

Article 6.- Qualité de membre

Peut être membre de la mutuelle de santé, toute personne physique de nationalité sénégalaise (homme, femme, jeunes) âgée de 18 ans au moins, désireuse de contribuer à la réalisation des objectifs de la mutuelle et qui paie ses droits d'adhésion.

L'adhésion peut aussi s'opérer par la voie de contrat collectif entre une personne morale (groupement) et la mutuelle de santé.

Article 7.- Adhésion

Toute personne, répondant aux conditions définies à l'article 6 des présents statuts, devient membre adhérent en remplissant la demande d'inscription et en payant le montant des droits d'adhésion qui est fixé dans le règlement intérieur. Ce montant est payé seulement par l'adhérent et n'est renouvelable que lorsque celui-ci fait l'objet d'une radiation.

Article 8.- Catégories de membres.

Les mutuelles de santé peuvent admettre d'une part, des membres participants (adhérents)

qui, en contrepartie du versement d'une cotisation, acquièrent ou font acquérir des droits aux services offerts par la mutuelle de santé. Seuls les membres adhérents en règle participent à l'Assemblée Générale avec voix délibérative.

La mutuelle de santé peut admettre des membres honoraires. Le titre de membre honoraire est accordé par l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'Administration, à des personnes physiques ou morales ayant rendu des services exceptionnels à la mutuelle de santé.

Les membres honoraires ne sont pas soumis à des conditions d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité. Ils ne paient pas de cotisations et ne bénéficient pas des prestations offertes par la mutuelle de santé. Ils peuvent participer à l'Assemblée générale avec simple voix consultative.

Article 9.- Cotisation

Les membres participants (adhérents) et leurs ayants droit doivent payer leurs cotisations suivant les quotas fixés par le règlement intérieur.

Le paiement des cotisations donne droit aux prestations offertes par la mutuelle de santé.

Les adhérents et leurs ayants droits constituent les bénéficiaires de la mutuelle de santé.

Article 10.- Perte de la qualité de membre

10-1 :La qualité de membre se perd par décès, démission, radiation ou l'exclusion. La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion.

10-2 :Tout membre peut démissionner après en avoir informé par écrit le Conseil d'Administration.

10-3 :Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission.

Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration et entérinée par l'Assemblée générale.

Sont également radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations dans un délai fixé par le Règlement Intérieur. Les membres radiés ne peuvent pas bénéficier des prestations de la mutuelle de santé.

La radiation est précédée d'une mise en demeure par lettre recommandée du Conseil d'Administration dès l'expiration du délai de versement des cotisations ou le cas échéant du délai supplémentaire accordée par le Conseil d'Administration. La radiation est prononcée dans un délai d'un mois à compter de la date de notification de la mise en demeure aux intéressés. L'Assemblée générale entérine la décision de radiation.

10-4 : Peuvent être exclus, les membres qui ont porté préjudice aux intérêts de la mutuelle de santé (fraude avérée, agissement allant à l'encontre des principes mutualistes).

Le membre dont l'exclusion est prononcée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une convocation écrite lui est adressée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration et entérinée par l'Assemblée générale.

TITRE III : DROITS ET DEVOIRS DES MEMBRES

Article 11.- Droits des membres participants (adhérents).

11-1 : Les membres participants sont égaux en droits et en obligations. Toutefois, la mutuelle de santé a la faculté d'instaurer des régimes spécifiques en raison de la nature des risques supportés et des cotisations fournies.

11-2 : Tout membre participant (adhérent) en règle vis-à-vis de la mutuelle sociale peut :

1. bénéficier et faire bénéficier à ses ayants droit aux prestations et services de la mutuelle définis dans le règlement intérieur ;
2. être électeur et éligible aux organes s'il remplit les conditions ;
3. jouir d'un droit de regard et d'accès à l'information sur le fonctionnement de la mutuelle de santé ;
4. d'être protégé par la mutuelle de santé contre la divulgation de ses données à caractère personnel.

Article 12.- Devoirs des membres participants

Les membres participants sont tenus de:

1. respecter les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle sociale ;
2. s'acquitter régulièrement de leurs cotisations ;
3. participer activement à la vie de la mutuelle sociale ;
4. participer aux réunions de l'Assemblée Générale ;
5. se conformer aux décisions des organes de décision de la mutuelle sociale ;
6. se soumettre à l'obligation de loyauté envers la mutuelle sociale, notamment en s'abstenant de produire de faux documents pour bénéficier de prestations.

Article 13.- Droits des membres honoraires

Les membres honoraires ont le droit :

1. de participer aux Assemblées générales mais sans voix délibérative ;
2. d'être informés sur le fonctionnement de la mutuelle sociale.

Article 14.- devoirs des membres honoraires

Les membres honoraires sont tenus de se soumettre :

1. à l'obligation de loyauté;
2. aux statuts et au règlement intérieur.

TITRE IV : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

CHAPITRE I : ORGANES DE LA MUTUELLE DE SANTE :

Article 15.- Les organes de la mutuelle sante sont:

1. l'Assemblée Générale (AG) ;
2. le Conseil d'Administration (CA) ;
3. le Bureau Exécutif (BE) ;
4. le Comité de Contrôle (CC).

L'Assemblée générale peut décider la création de toute autre instance utile au fonctionnement de la mutuelle de santé.

Pour lutter contre les conflits d'intérêt, il est interdit d'élire dans les organes de la mutuelle de santé : les membres du bureau du Comité de Santé ; les conseillers municipaux et les prestataires de soins et de services, les pharmaciens ainsi que les agents des services déconcentrés de l'Etat.

Il est également interdit aux dirigeants de prendre ou de conserver un intérêt, direct ou indirect dans une entreprise ayant vocation à traiter avec la mutuelle de santé.

Article 16.- Rémunération des fonctions des membres d'organe.

Les membres du Conseil d'Administration, du Bureau Exécutif, du Comité de Contrôle et des commissions techniques ne sont pas rémunérés. Toutefois, ils sont parfois remboursés des frais occasionnés au cours de l'exercice de leur mandat selon les règles fixées par l'Assemblée

Générale.

CHAPITRE II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ORGANES.

Section 1 : L'Assemblée Générale

Article 17.- Composition

L'Assemblée Générale est l'organe suprême de la mutuelle de santé. Elle réunit les délégués représentant les différentes sections de la mutuelle de santé, élus par les adhérents au cours des Assemblées Sectorielles. Tout membre participant en règle a le droit d'assister ou de se faire représenter à l'Assemblée sectorielle de sa section d'inscription par une autre personne en cas d'empêchement sur présentation d'une procuration. Aucun membre présent ne peut détenir plus d'une procuration.

Le découpage de la mutuelle de santé en sections ainsi que le nombre et les modalités d'élection des délégués de section sont précisés dans le règlement intérieur.

Les membres honoraires, les organismes et administrations d'encadrement, les représentants des collectivités locales ainsi que les Partenaires Techniques et Financiers peuvent assister à l'AG mais n'ont qu'une voix consultative et ne peuvent être élus dans les organes. Ils doivent respecter le principe de l'indépendance de la mutuelle de santé

Article 18.- Attributions de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale exerce les attributions suivantes :

1. adopter et modifier les statuts et règlement intérieur;
2. apprécier la gestion financière, les rapports (moral et technique) de la mutuelle de santé ;
3. élire les membres du Conseil d'Administration et du comité de contrôle ;
4. déterminer, sur propositions du Conseil d'Administration, les modalités et les montants de remboursement des frais aux membres des organes de la mutuelle de santé ;
5. fixer le montant des droits d'adhésion et des cotisations ;
6. définir la politique générale de la mutuelle de santé et déterminer les prestations couvertes ;
7. prendre les décisions relatives la fusion, la scission, la dissolution ou la liquidation de la mutuelle dans le respect de la réglementation et des statuts;
8. adopter le budget et les comptes annuels ;
9. se prononcer sur les adhésions de groupe ;
10. prendre les décisions d'investissement et d'autoriser les emprunts pour les investissements ;
11. entériner l'exclusion d'un membre de la mutuelle de santé.

Article 19.- Nature et périodicité des réunions

L'Assemblée Générale ordinaire se réunit une fois par an et au plus tard six (6) mois après la clôture de l'exercice social. Elle est présidée par le président du Conseil d'Administration ou en son absence par le Vice-Président.

Des Assemblées Générales extraordinaires peuvent être convoquées en cas de besoin.

Une Assemblée Générale de renouvellement doit se réunir au plus tard dans le mois d'expiration des mandats.

Article 20.- Convocation, quorum et majorités de vote

L'Assemblée Générale ordinaire est convoquée par le président du Conseil d'Administration. Cette convocation est communiquée aux membres **au moins quinze (15) jours avant la date retenue**. Elle ne peut valablement délibérer que si **la majorité absolue des délégués est présents ou représentés**.

Toutefois lorsque la mutuelle de santé est organisée en sections, le quorum requis est la

majorité absolue des délégués des sections.

Le quorum de **2/3** des délégués de l'AG est requis dans les cas suivants :

1. modification des statuts, des activités exercées, des montants ou du taux de cotisation et des prestations offertes;
2. délégation de pouvoir au Conseil d'administration ;
3. décision de fusion, de scission, de dissolution ou d'affiliation à une structure faîtière.

Si le quorum requis n'est pas atteint, une deuxième Assemblée Générale est convoquée sous une quinzaine après le renvoi de la première. Elle délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Il doit être précisé dans le Règlement Intérieur, si le vote par correspondance est possible ou si les délégués peuvent représenter les membres.

L'ordre du jour est préparé par le Conseil d'Administration. Les réunions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont présidées par le président du Conseil d'Administration. Toutefois, si la réunion coïncide avec la fin du mandat du CA, on met en place un présidium après audition, amendement et adoption des rapports moral et financier.

La tenue d'Assemblée Générale Extraordinaire peut être demandée par écrit par le quart ($\frac{1}{4}$) des délégués à l'Assemblée Générale ou la majorité des membres du Conseil d'Administration ou la Commission de Contrôle en cas d'anomalie constatée, ou l'autorité de tutelle.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est indiqué dans la lettre de convocation qui doit être communiquée au moins 15 jours à l'avance.

Sauf exception prévue par réglementation ou par les statuts, les décisions de l'Assemblée Générale (ordinaires ou extraordinaires) sont prises la majorité des suffrages exprimés des délégués présents ou représentés. Les décisions sont prises par consensus ou à défaut par vote au bulletin secret.

Toutes les réunions des Assemblées Générales doivent donner lieu à des procès-verbaux signés par le Président du Conseil d'Administration et le Secrétaire général.

Section 2 : Conseil d'Administration

Article 21.- Composition de CA

La mutuelle de santé est administrée par un Conseil d'Administration composé d'administrateurs dont le nombre est fixé par le règlement intérieur.

Les administrateurs sont élus en Assemblée générale, selon les modalités fixées par les statuts, parmi les délégués des sections de la mutuelle de santé, âgés de dix-huit ans révolus et jouissants de leurs droits civils et civiques.

En cas de vacance de poste en cours de mandat par décès, démission, ou toute autre cause, il est procédé provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un administrateur parmi les délégués remplissant les conditions fixées par les statuts. Cette nomination provisoire ne sera définitive qu'après approbation par l'Assemblée générale.

Si le nombre de postes vacants dépasse le tiers des administrateurs, une Assemblée générale extraordinaire est convoquée pour pourvoir lesdits postes.

L'Administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Article 22.- Attributions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est l'organe dirigeant de la mutuelle de santé et est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de celle-ci dans le cadre des orientations définies par l'Assemblée Générale. A cet effet, les attributions suivantes lui sont assignées :

1. l'administration et la gestion de la mutuelle ;
2. le recrutement du gérant, la détermination de sa rémunération et le suivi du bon

- déroulement de ses activités ;
3. veiller au respect des textes organiques de la mutuelle ;
 4. l'élection des membres du Bureau Exécutif ;
 5. la proposition de la radiation et de l'exclusion des membres à l'Assemblée Générale ;
 6. l'élaboration des plans d'action annuels et le budget pour l'exercice suivant ;
 7. la rédaction des rapports moral, technique et financier présenter l'Assemblée Générale ;
 8. la fixation de l'ordre du jour de l'AG ;
 9. la négociation des adhésions de groupe ;
 10. préparation des accords et conventions notamment avec les prestataires de soins.

Article 23.- Périodicité des réunions du CA

Le Conseil d'Administration se réunit une fois par bimestre et aussi souvent que les situations l'exigent. Les réunions du Conseil sont convoquées par le président. Cette convocation est communiquée à ses membres une (1) semaine à l'avance.

Le Conseil d'Administration se réunit obligatoirement lorsqu'au moins le quart (1/4) de ses membres en fait la demande.

Les réunions sont présidées par le président du Conseil d'Administration ou en cas d'empêchement par le vice-président. Le CA ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Toute réunion du CA donne lieu à un procès-verbal co-signé par le président et le secrétaire.

Article 24.- Le Bureau Exécutif

Le Conseil d'Administration peut élire en son sein un Bureau Exécutif chargé de la gestion quotidienne de la mutuelle de santé.

Article 24- 1.- Le bureau est composé de :

- Un président du Conseil d'Administration
- Un Premier vice-président
- Un deuxième Vice-Président
- un secrétaire général
- Un secrétaire général adjoint
- Un trésorier général
- Un trésorier général adjoint

Le Président de Conseil d'Administration, le secrétaire Général et le trésorier général ne doivent être issus de la même Section.

Personne ne peut exercer plus de trois (3) mandats de deux (2) ans au poste de Président du Conseil d'Administration ou de trésorier de la mutuelle de santé.

En cas de vacance de poste dans le Bureau Exécutif, le Conseil d'Administration doit se réunir dans un délai de 60 jours pour élire une nouvelle personne. En attendant la tenue de la réunion du Conseil d'Administration, la suppléance de la personne absence est assurée conformément aux dispositions des présents statuts.

Article 24-2.- Le Président du Conseil d'Administration est la personne morale de la mutuelle de santé, il doit savoir lire et écrire le français. Il est chargé de :

- Convoquer et présider les réunions de toutes les instances à l'exception de la commission de contrôle
- Veiller à la régularité du fonctionnement de la mutuelle de santé conformément aux statuts et règlement intérieur
- Ordonner les recettes et les dépenses
- Cosigner les chèques avec le trésorier général
- Présenter le rapport moral et d'orientation
- Représenter la mutuelle de santé en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Le président est élu pour un mandat dont la durée ne peut excéder celui de son mandat d'administrateur.

Article 24-3.- Le vice-président seconde le Président qu'il supplée dans l'ordre protocolaire en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs. Il peut être investi de missions particulières.

Article 24-3.- Le secrétaire général est chargé de :

- la gestion administrative;
- la tenue des procès-verbaux de l'AG, du CA et du BE ;
- la préparation des convocations ;
- la tenue des procès-verbaux des réunions de l'AG, du CA et du BE ;
- la conservation et l'archivage des documents ainsi que de la tenue du fichier des membres ;
- l'élaboration des rapports d'activités ;

En raison des missions qui lui sont assignées, le Secrétaire général de la mutuelle doit savoir lire et écrire le français.

Article 24-4.- Le secrétaire général adjoint assiste le secrétaire général dans ses missions et le supplée en cas d'empêchement.

Article 24-5.- Le Trésorier général est chargé de :

- la préparation du budget prévisionnel ;
- la garde des documents comptables ;
- la gestion budgétaire financière et comptable ;
- l'exécution des opérations de recettes de dépenses ordonnées par le président
- la préparation et la présentation au BE du rapport financier.
- la co-signature des chèques avec le président.

En raison des missions qui lui sont assignées, le Trésorier général de la mutuelle doit savoir lire et écrire le français. Il doit de préférence avoir des connaissances en gestion financière et comptable.

Article 24-6.- Le trésorier général adjoint assiste le trésorier général dans ses missions et le supplée en cas d'empêchement.

Section 3 : Le Comité de Contrôle

Article 25.- Composition

Le Comité de Contrôle est composé de membres élus par l'Assemblée Générale parmi les membres qui ne sont pas dans le Conseil d'Administration, pour un mandat fixé par le règlement intérieur. Leur nombre est impair et est fixé par le règlement intérieur de la mutuelle de santé. Une fois élus les membres choisissent un coordonnateur et un secrétaire.

Article 26.- Missions du Comité de Contrôle

Le Comité de Contrôle a pour mission de suivre l'exécution des décisions prises par l'Assemblée Générale, de proposer des améliorations et de garantir le fonctionnement efficient des divers organes de la mutuelle. A cet effet, il doit :

1. contrôler la gestion technique, administrative et financières de la mutuelle selon les règles prudentielles ;
2. vérifier la régularité des opérations comptables et la tenue régulière des documents comptables de la mutuelle ;
3. élaborer un rapport de contrôle soumis l'Assemblée Générale ;
4. s'assurer que les actes des organes de la mutuelle sont conformes aux statuts et règlement intérieur et ne sont pas contraires aux lois et règlements en vigueur dans le pays ;
5. contrôler l'exécution des décisions de l'assemblée générale ;

6. attirer l'attention des organes responsables sur les irrégularités qui auraient été commises et proposer des mesures ou de nouvelles procédures visant à en éviter la répétition ;
7. recueillir les plaintes des membres concernant les services offerts et en référer l'organe à la personne compétente pour y remédier ;
8. requérir la personne ou l'organe compétent pour effectuer une tâche non ou mal accomplie et exiger l'application des procédures requises ;
9. examiner et contrôler les conditions d'éligibilité des adhérents participant l'Assemblée Générale.
10. procéder aux vérifications et contrôles qu'il juge opportuns ;
11. se faire communiquer sur place, tous les documents utiles l'exercice de sa mission, notamment tout contrat, livre, pièces comptables, registre et procès-verbaux ;
12. entendre toute personne pouvant lui apporter des informations utiles dans l'exercice de sa mission ;
13. L'organe de contrôle doit contrôler la mutuelle au moins deux fois au cours de l'exercice. A cet effet, il peut s'adjoindre les services d'un organe de contrôle externe.

Article 27.- Périodicité des réunions

Le Comité de Contrôle se réunit au moins deux fois par an en session ordinaire. Des sessions extraordinaires peuvent être convoquées en cas de besoin.

Article 28.- Attributions des membres du Comité de Contrôle

Le Président convoque et dirige les réunions du Comité de Contrôle.

Le Vice-président assiste le Président dans l'accomplissement de ses tâches et le remplace en cas d'empêchement.

Le Secrétaire rédige les avis de réunions et les procès-verbaux de contrôle de la mutuelle.

Section 4 : Gérance de la Mutuelle de Santé

Article 29.- Modalités de désignation des salariés

La mutuelle de santé peut avoir un ou plusieurs dirigeants salariés, notamment en qualité de directeur ou de gérant. Ces salariés sont recrutés par le Conseil d'Administration qui fixe également leur rémunération. Ces dirigeants assistent à chaque réunion du Conseil d'administration. Il est recruté pour une durée annuelle. Son contrat peut d'être renouvelé aussi souvent que nécessaire. Le conseil d'administration peut mettre fin à son contrat dans le respect de la réglementation du travail.

Les personnes privées de leurs droits civiques et civils ne peuvent occuper les fonctions de dirigeant salarié.

Article 30.- Attributions du gérant de la mutuelle de santé

Le Gérant a pour fonctions de :

1. s'occuper de l'administration quotidienne de la mutuelle ;
2. préparer pour le conseil d'administration le budget et, une fois celui-ci l'approuve, de veiller sa bonne exécution ;
3. présenter les comptes annuels et l'exécution du budget au Conseil d'Administration ;
4. faire toute proposition utile au Conseil d'Administration pour une meilleure atteinte des objectifs de la mutuelle ;
5. gérer les biens et les fonds de la mutuelle sur instructions du Conseil d'Administration ;
6. assister le président lors des négociations avec les prestataires de soins et pour les adhésions de groupe ;
7. exercer toutes les fonctions qui lui sont déléguées par le Bureau Exécutif.

TITRE V : DISPOSITIONS FINANCIÈRES ET COMPTABLES

Article 31.- Les ressources de la Mutuelle

Les ressources principales de la mutuelle de santé sont :

1. les droits d'adhésion ;
2. les cotisations ;
3. les contributions des membres honoraires ;

Toutefois, ces ressources peuvent être améliorées par :

1. les emprunts ;
2. les produits des activités génératrices de revenus ;
3. les produits financiers ; les produits financiers et ceux des activités génératrices de revenus ;
4. les dons, legs autorisés par l'AG et subventions acquis conformément à l'objet social de la mutuelle de santé.

Article 32.- Les dépenses de la mutuelle

Les dépenses comprennent :

1. les différentes prestations accordées aux membres participants et à leurs ayants droits ;
2. les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle sociale ;
3. les versements faits aux unions de mutuelles sociales et aux fédérations ;
4. plus généralement, toute autre dépense non contraire à l'objet de la mutuelle sociale.

Section 2. Les règles de gestion

Article 33.- La comptabilité de la mutuelle de santé

La mutuelle de santé doit tenir une comptabilité conformément aux règles comptables et au plan comptable des mutuelles sociales de l'UEMOA.

Dans les trois mois qui suivent la clôture de l'exercice, le Conseil d'administration prépare les documents à soumettre à la réunion annuelle de l'Assemblée générale à savoir :

1. le rapport annuel de gestion ;
2. les états financiers ;
3. le programme d'activités ;
4. le budget prévisionnel pour la réalisation du programme d'activités ;
5. tout autre renseignement requis par les statuts.

Article 34.- Le Placement des fonds

La mutuelle de santé est tenue de placer ses fonds soit dans un compte ouvert dans les établissements bancaires ou tout autre établissement financier agréé.

La mutuelle de santé doit négocier avec sa banque pour voir deux sous comptes :

1. **un sous compte dédié au paiement des prestataires.** Seuls les versements liés aux paiements des prestataires de services de santé sont autorisés sur ce sous comptes ;
2. **un sous compte dédié au paiement des charges de fonctionnement** où sont logés les ressources tirées des droits d'adhésion et la part des cotisations annuelles affectée au fonctionnement de la mutuelle de santé.

Article 35.- La répartition des excédents

La répartition des excédents a pour finalité d'accroître la marge de solvabilité de la mutuelle de santé en vue d'améliorer les prestations, par la constitution :

1. d'un fonds de réserve obligatoire égal au moins à 30 % des excédents ;

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| 2. d'un fonds d'établissement | % des excédents; |
| 3. de réserves libres | % des excédents. |

Le Conseil d'Administration doit faire une proposition de répartition des excédents.

L'Assemblée Générale ordinaire doit obligatoirement prévoir la répartition des excédents de l'exercice passée.

TITRE VI : PARTICIPATION A DES STRUCTURES FAITIÈRES, FUSION ET SCISSION

Article 36.- PARTICIPATION A DES STRUCTURES FAITIÈRES

L'Assemblée générale peut autoriser la participation de la mutuelle de santé à des structures faïtières.

Article 37.- FUSION

L'assemblée générale peut décider d'une fusion de la mutuelle de santé avec une ou plusieurs mutuelles selon la procédure prévue par les articles 64 à 67 du règlement communautaire numéro 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

Article 38.- SCISSION

L'assemblée générale peut décider de la scission de la mutuelle de santé en plusieurs mutuelles de santé, dans les conditions définies par les articles 68 et suivants du règlement communautaire numéro 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

TITRE VII : DISSOLUTION

Article 39.- Formes de décisions

La dissolution de la mutuelle sociale, de l'union de mutuelles sociales ou de la fédération peut intervenir par décision volontaire ou judiciaire.

Article 40.- Conditions de dissolution volontaire.

La dissolution volontaire de la mutuelle de santé ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet par un avis indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des membres participants et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers (2/3) des membres présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, une deuxième assemblée générale est convoquée sous quinzaine et délibère quel que soit le nombre de membres présents.

Article 41.- Dissolution Judiciaire

La dissolution judiciaire peut être prononcée par la juridiction compétente, après avis conforme du Ministre de la santé, en cas de manquement aux obligations légales et/ou statutaires de nature à mettre en péril la vie de la mutuelle de santé. Elle peut intervenir à l'initiative du Ministre de la santé ou de toute personne intéressée.

Préalablement à la saisine de la juridiction compétente par le Ministre de la santé, celui-ci procède au retrait de l'agrément.

Lorsque la dissolution intervient à l'initiative du Ministre en charge de la mutualité sociale, elle entraîne de plein droit la perte de l'agrément.

Article 42.- Conséquences de la dissolution

La dissolution entraîne la liquidation de la mutuelle de santé et partant, le retrait d'office de

l'agrément.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'Assemblée à une structure mutualiste intervenant dans la zone d'implantation de la mutuelle de santé.

TITRE VIII : DISPOSITIONS FINALES

Article 43.- Révision des statuts

Les dispositions des présents statuts peuvent être modifiées en Assemblée Générale la majorité des deux tiers (2/3) des membres présents.

Article 44.- Règlement intérieur

Les modalités d'application et toutes dispositions non prévues dans les présents statuts sont définies par le Règlement Intérieur.

Le règlement intérieur est proposé par le Conseil d'Administration et adopté par l'Assemblée Générale avant d'être applicable.

Article 45.- Entrée en vigueur

Les présents statuts entrent en vigueur après leur adoption par l'Assemblée Générale Constitutive la majorité simple des membres présents.

**Fait, le 20xx
L'ASSEMBLEE GENERALE CONSTITUTIVE**

Annexe 4 : Modèle règlement intérieur harmonisé des mutuelles de santé

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple-Un But-Une foi

REGION DE

DEPARTEMENT DE

Commune de

MUTUELLE DE SANTE

REGLEMENT INTERIEUR

**LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
POUR DES SOINS DE SANTE DE QUALITE A MOINDRE COÛT**

REGLEMENT INTERIEUR

Art. 1.- : Objet et portée du règlement

Le présent règlement intérieur a pour objet de compléter les statuts de la mutuelle de santé

Il s'impose à tous les membres de la mutuelle de santé et à ses organes tant qu'il ne fait pas l'objet d'une modification.

TITRE I : PARAMETRES TECHNIQUES DE LA MUTUELLE DE SANTE

Art. 2.- Adhésion à la mutuelle de santé

Art. 2-1.- Conditions

Pour être membre adhérent de la mutuelle de santé, il faut remplir les conditions suivantes :

- Avoir la capacité de s'engager (être majeur, jouir de toutes ses facultés mentales etc.);
- avoir formulé une demande et libérer les droits d'adhésion ;
- s'engager respecter les statuts et le règlement intérieur.

Art. 2-2.- Droits d'adhésion

Les droits d'adhésion familiale sont fixés à **1000 F CFA**. Ils sont payés en un seul versement au moment de l'admission du membre et sont destinés aux dépenses de fonctionnement.

Le versement des droits d'adhésion donne droit à la délivrance d'un reçu et à l'inscription au registre des adhésions et à la délivrance d'un carnet d'adhérent.

Le livret de membre doit comporter les photos de l'adhérent et des personnes à sa charge ainsi que les informations nécessaires à leur identification.

L'adhérent qui perd son carnet doit en aviser sans délais à la mutuelle de santé et payer **1000 F CFA** pour avoir un nouveau.

Art. 3.- Cotisations

Art. 3-1.- Montant et modalités de cotisation

Sont bénéficiaires de la mutuelle de santé les adhérents et leurs ayant droits. L'adhérent paie pour lui et pour chacun de ses ayants droit, une cotisation de **3500 FCFA** par année. Cette cotisation est payable annuellement ou semestriellement.

- Pour l'option annuelle, l'adhérent libère l'intégralité des cotisations (3500 F par tête) entre le 1^{er} janvier et 31 mars de l'année ;
- Pour l'option semestrielle, l'adhérent verse dans le 1^{er} mois de chaque semestre 1750 F par bénéficiaire.

Les personnes qui s'affilient à la mutuelle de santé **au-delà du mois de mai** versent la cotisation semestrielle.

Tout adhérent à jour peut, s'il le désire, verser des cotisations par anticipation.

Dans tous les cas la prise en chargé doit couvrir une période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année civile.

Le Conseil d'Administration établit chaque année le planning et les dates limites pour le versement des cotisations. Ils peuvent, dans respect des règles de transparence, instituer des commissions de recouvrement des cotisations lorsque le contexte local le justifie.

Art. 3-2.- Sanctions en cas de non versement des cotisations

Le bénéficiaire qui ne verse pas sa cotisation dans le délai indiqué ne peut plus bénéficier des prestations de la mutuelle. La suspension est levée après la régularisation.

Lorsque le retard de paiement atteint un (1) an, le bénéficiaire peut être radié. Pour bénéficier à nouveau des prestations de la mutuelle de santé, il devra renouveler ses droits d'adhésion, verser les cotisations de l'année en court et observer une nouvelle période d'observation.

Art. 4- Durée de la période d'observation.

Tout nouveau bénéficiaire de la mutuelle de santé doit observer une période d'observation (période d'attente) pendant laquelle, il paie régulièrement ses cotisations sans bénéficier des prestations de la mutuelle de santé.

La durée de la période d'observation est **d'un (1) mois** pour les personnes ayant opté pour une cotisation annuelle, de **deux (2) mois** pour l'option semestrielle.

La délivrance du livret de membre aux nouveaux adhérents doit intervenir au plus tard à la date d'expiration de la période d'observation.

Art. 5.- Prestations offertes par la mutuelle de santé

Dans les structures de santé ayant signé une convention avec elle, la mutuelle de santé offre à ses bénéficiaires qui ont remplis les conditions fixées à l'article 6 du présent règlement intérieur, le paquet de prestations défini dans le cadre de la politique de couverture Maladie Universelle.

Art. 5-1.- Au niveau des Postes et Centres de Santé (Paquet de base) :

Services	Taux de prise en charge	Part bénéficiaire
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80 %	20 %
Médicaments génériques	80 %	20 %
Médicaments de spécialités	50 %	50 %
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale, accouchement simple)	80 %	20 %
Hospitalisation	80 %	20 %
Transport (références poste vers centre de santé)	80 %	20 %
Soins ambulatoires (privé lucratif)	50 %	50 %

Le paquet de base est directement géré par la mutuelle de santé.

Art. 5-2.- Au niveau des Hôpitaux (Paquet Complémentaire)

Services	Taux de prise en charge	Part bénéficiaire
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80 %	20 %
Soins ambulatoires (analyses et examens, radiographie)	80 %	20 %
Médicaments génériques	80 %	20 %
Médicaments de spécialités	50 %	50 %
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale, accouchement simple)	80 %	20 %
Césarienne interventions chirurgicales, hospitalisation	100 %	0 Francs
Transport (références centre vers hôpital)	100 %.	0 Francs

Le paquet complémentaire est géré par l'Union Départementale des Mutuelles de santé Communautaires.

La liste des prestations couvertes doit être affichée de manière permanente au siège de la mutuelle de santé.

Art. 5-3.- les services non couverts par la mutuelle de santé

Sont exclues des prestations couvertes par la mutuelle de santé : les antirétroviraux, les lunettes de vue, les lentilles de contact, les prothèses (dentaires inclus), les orthèses, les soins hors du Sénégal.

Sont également exclus les médicaments et produits suivants :

1. La parfumerie et les produits de beauté ;
2. les produits alimentaires et produits de régime ou de remplacement, les fortifiants sauf ordonnance, les vins, les eaux minérales, les alcools ;
3. les objets à usage médical, notamment thermomètre, vessie, bac et poire à lavement, bassin, inhalateur, irrigateur, sonde, savon, ventouse,
4. les divers articles de la pharmacie notamment bandes, compresses, gaze, coton, aspirine, mercurochrome, eau oxygénée, teinture d'iode, sparadrap ;
5. les médicaments ou produits n'ayant pas un caractère thérapeutique mais préventif ;
6. les opérations n'ayant qu'un but esthétique ou de rajeunissement ;
7. sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans au maximum, les opérations ayant pour but de remédier à une infirmité ou malformation congénitale.

Les prestations couvertes et services exclus par la mutuelle de santé doivent figurer dans toutes les conventions signées avec les prestataires.

Art. 6- Modalités d'accès aux prestations

Art. 6-1.- Pour l'accès au paquet de base

Pour bénéficier des prestations du paquet de base, le bénéficiaire doit satisfaire les conditions suivantes :

1. Se rendre dans une structure ayant signé une convention avec la mutuelle de santé;
2. Avoir fini la période d'observation ;
3. Etre à jour de ses cotisations ;
4. Ne pas être sous le coup d'une décision d'exclusion ou de radiation.

Art. 6-2.- Pour l'accès au paquet complémentaire

Pour bénéficier des prestations du paquet complémentaire, le bénéficiaire doit satisfaire les conditions suivantes :

1. Se rendre dans un Etablissement Public de Santé ayant signé une convention avec l'Union Départementale des Mutuelles de Santé Communautaires de, muni d'un livret de membre dûment rempli et d'une lettre de garantie délivrée par l'Union ;
2. Avoir fini la période d'observation ;
3. Etre à jour de ses cotisations dans sa mutuelle de santé;
4. Ne pas être sous le coup d'une décision d'exclusion ou de radiation ;
5. être obligatoirement référencé par une structure de santé ayant conclu une convention avec sa mutuelle de santé (détenir un bulletin de référence).

Art. 6-3.- Pour les médicaments fournis au niveau des officines de pharmacie privée

La mutuelle de santé signe des conventions de prestations de soins avec des officines de pharmacie privée pour la délivrance des médicaments de spécialité.

Pour bénéficier d'une prise en charge des médicaments de spécialité prescrits par un poste de santé ou un centre de santé, la personne doit respecter les conditions suivantes :

- Se rendre dans une pharmacie ayant signé une convention avec la mutuelle de santé ;
- Etre muni d'un bon de commande de médicaments régulièrement établi par la mutuelle de santé ;
- Présenter sa carte nationale d'identité et son livret d'adhérent.

Il doit payer le ticket modérateur directement au niveau de la pharmacie privée conventionnée.

Lorsque les médicaments de spécialité sont prescrits par un Etablissement Public de Santé dans le cadre de la gestion du paquet complémentaire, le bénéficiaire doit respecter les conditions définies par l'Union Départementales des Mutuelles de Santé.

Art. 7.- Ticket modérateur

Au niveau des prestataires de soins et des pharmacies, le bénéficiaire doit directement s'acquitter d'un ticket modérateur correspondant à la part des prestations non prise en charge par la mutuelle de santé (voir paquet de prestations).

Le calcul du ticket modérateur est fait par le prestataire et par type de prestations.

Les ententes entre bénéficiaires et prestataires sur les modalités de paiement du ticket modérateur ne lient pas la mutuelle de santé.

Art .8.- Signature de convention avec les prestataires de soins et pharmaciens.

La mutuelle de santé signe des conventions avec les structures de santé publiques ou privées et les pharmacies d'officine privée pour la réalisation de ses missions.

Ces conventions sont signées par le président du Conseil d'Administration de la mutuelle et approuvées à la prochaine réunion du CA. Le Secrétaire général de mutuelle de santé doit en détenir un exemplaire.

Art. 9.- Participation à des structures faïtières

L'affiliation à des structures faïtières est autorisée par l'AG dans les conditions prévues par la législation régissant les mutuelles de santé. Les personnes représentants la mutuelle de santé dans les instances d'une structure faïtière cessent leurs fonctions lorsqu'ils ne sont plus membres du Conseil d'Administration de la mutuelle de santé. Le Conseil d'Administration désigne sans délai leurs remplaçants.

TITRE II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE DE SANTE

Art. 10.- Assemblées Générales de la mutuelle de mutuelle de santé

Art. 10-1.- les Sections de la mutuelle de santé

La mutuelle de santé comporte de sections. La création d'une nouvelle section est décidée par l'Assemblée Générale de la mutuelle de santé.

Les adhérents sont inscrits dans une des sections de la mutuelle de santé au moment de leur affiliation. Aucun adhérent ne peut changer de section en cours d'exercice.

Les sections de la mutuelle de santé

Sections	Zone couverte
Section 1	
Section 2	
Section 3	
Section 4	
Section 5	
Section 6	
Section 7	
Section 8	
Section 9	
Section 10	

Art. 10-2.- désignation des délégués des sections par les Assemblées Sectorielles

Les délégués représentant chaque section sont élus pour un mandat de deux (2) renouvelable, au cours d'une Assemblée Sectorielle, par les adhérents ayant libéré l'intégralité de leurs droits d'adhésions et les chefs de ménage bénéficiaires du Programme National de Bourses de Sécurité Familiale (PNBSF). Seuls les adhérents ont le droit de voter et d'être élus comme délégués de la section.

Avant chaque Assemblée Générale de renouvellement des instances de la mutuelle de santé, toutes les sections doivent tenir leur Assemblée Sectorielle pour réélire leurs délégués. Les Assemblées Sectorielles peuvent se réunir à la demande des organes de la mutuelle de santé ou de la moitié des délégués pour les besoins de l'information ou de la sensibilisation des adhérents. Elles peuvent adopter les propositions faites à attention d'une ou de plusieurs organes de la mutuelle de santé (AG, CA, CC, BE)

Pour décider valablement l'Assemblée Sectorielle doit réunir **un quorum égal à un quart (1/4) des adhérents de la section**. Ses décisions sont prises par consensus, à défaut par vote à la majorité simple.

Le total des délégués des sections de la mutuelle de santé est de

La répartition de ce nombre de délégués entre les sections se fait comme suit :

1. une moitié du collège électoral est répartie de manière égalitaire entre les sections ;
2. l'autre moitié est répartie entre les sections au prorata du nombre d'adhérents.

Le corps électoral à l'Assemblée est composé des délégués des sections élus par les Assemblées Sectorielles.

Les autorités locales, les services déconcentrés, les partenaires techniques et financiers, les ONG, peuvent assister à l'Assemblée Générale mais n'ont pas la qualité d'électeur et ne sont pas éligibles aux organes de la mutuelle de santé.

Art. 10-3.- organisation matérielle de l'Assemblée Générale de la mutuelle de santé

Le Secrétaire général est responsable de l'organisation matérielle des réunions de l'AG dans le respect de l'ordre du Jour fixé par le Conseil d'Administration. A cet effet il est chargé de l'envoi des convocations aux délégués des sections et de l'information de l'autorité de tutelle.

Lors des AG, les opérations de vote doivent être supervisées par un représentant de l'autorité de tutelle ou des organisations faïtières.

Le vote s'effectue par consensus, à mains levées ou par bulletin secret. Le vote par procuration est autorisé en cas d'empêchement. La procuration doit être écrite, signée et légalisée au niveau d'un Officier de Police Judiciaire.

Art. 11.- Le nombre des administrateurs et la durée de leur mandat

Le Conseil d'Administration est composé de Membres élus par l'assemblée générale pour un mandat de deux (2) ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Les membres du Conseil d'Administration doivent résider de manière permanente dans la commune d'implantation de la mutuelle de santé.

Le Conseil d'Administration peut prononcer la déchéance de mandat contre des administrateurs qui s'absentent sans justification pendant réunions successives du CA.

Art. 12.- Bureau Exécutif

Le Conseil d'Administration élit en son sein un bureau exécutif composé de membres. Leur mandat ne peut excéder deux (2) ans (la durée du mandat ne doit pas dépasser celui d'administrateur). Les membres sortants sont éligibles.

Les membres du Bureau Exécutif doivent résider de manière permanente dans la commune d'implantation de la mutuelle de santé.

Le Conseil d'Administration peut prononcer la déchéance de mandat des membres du bureau qui s'absentent sans justification pendant réunions successives du bureau ou du CA.

Dans le cadre de la gestion quotidienne de la mutuelle de santé et des activités de sensibilisation, le Bureau peut désigner parmi les délégués des coordonnateurs au niveau des sections.

Les coordonnateurs de sections sont choisis en priorité parmi membres du Conseil d'Administration qui ne sont pas dans le Bureau exécutif, à défaut parmi les autres délégués de la section.

Les membres de la commission de contrôle et des membres du Bureau Exécutif ne peuvent pas être désignés comme coordonnateurs de section.

Art. 13.- Comité de Contrôle

Le Comité de contrôle comprend membres élus par l'Assemblée Générale parmi les adhérents qui ne sont pas dans le Conseil d'Administration. Leur mandat est de deux (2) ans renouvelables. Les membres du Comité de Contrôle doivent de préférence avoir des connaissances en matière de comptabilité.

TITRE III : DISPOSITIONS DIVERS

Art. 14.- Accès des membres aux documents et registres

Tout adhérent en règle peut consulter au siège de la mutuelle de santé les documents administratifs et financiers à l'exception de ceux contenant des informations personnelles des adhérents ou des bénéficiaires.

Art. 15.- Gestion des fonds de la mutuelle

Le trésorier ou gérant responsable de la gestion des fonds ne peut garder dans sa caisse plus de la somme de cinquante mille (50 000 FCFA). Tout surplus doit être versé dans le compte bancaire ouvert au nom de la mutuelle de santé.

La mutuelle de santé doit obligatoirement ouvrir un compte dans une institution bancaire. Les retraits de fonds à la banque s'opèrent avec au moins les signatures du président et du trésorier général.

Toute dépense de la mutuelle doit faire l'objet de pièce justificative.

Art. 16.- Création et la gestion d'activité génératrice de revenus.

Seule l'Assemblée Générale peut autoriser la création des activités génératrices de revenu et déterminer leur mode de financement. La gestion de telles activités doit séparer de l'activité principale d'assurance maladie.

Les activités génératrice de revenus ne peuvent pas être financées par le produit des cotisations et doivent être menées dans les respects de la réglementation applicable à leur création et à leur gestion. Les ressources tirées de ces activités doivent être exclusivement destinées à l'objet social de la mutuelle de santé et ne peuvent être partagées entre ses dirigeants.

Art. 17.- Modification du règlement intérieur

Le Conseil d'Administration peut proposer des modifications du règlement intérieur des modifications qui s'appliquent après leur ratification par Assemblée Générale.

Art. 18.- Entrée en vigueur du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur entre en vigueur dès son adoption. Il s'impose à tous les organes de la mutuelle de santé et à ses membres.

Adopté le lieu

Par l'Assemblée Générale de la mutuelle de santé

Comité de rédaction

- **M. Serigne DIOUF**, Directeur des opérations ;
- **M. Abdou Aziz FALL**, Cadre à la Direction de la Planification, de la Recherche, des Etudes, du Suivi et de l'Évaluation ;
- **Mme Mariama Sylla SECK**, Chef de la division du contrôle administratif et financier des organisations mutualistes ;
- **M. Moustapha DIOP**, Chef de bureau du contrôle administratif et financier des organisations mutualistes ;
- **M. Magor SOW**, Chef de la division Assistance technique aux mutuelles de santé ;
- **Mme Marie Thérèse Rose Ndiaye SECK**, Chef de la division des personnes indigentes et groupes vulnérables ;
- **M. Mamadou Ndiaye SOW**, Point focal restructuration des mutuelles de santé ;
- **Mme Ndèye Sophiétou Gueye GUEYE**, Coordinatrice de la Cellule Archives et Documentation ;
- **M. Mame Balla THIAM**, Chef de la division du budget et des finances ;
- **Mme Rokhaya Badiane MBAYE**, Chef de la division de la Réglementation et du contentieux ;
- **M. Lobé CISSOKHO**, Présidente de l'Union régionale de Kaolack ;
- **M. André Demba WADE**, Président de l'Union régionale de Thiès.