



**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**

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



**MANUEL DE PROCEDURES**

*Projet de prise en charge de la couverture du risque maladie des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans les régions de Kaffrine, Tambacounda, Kédougou, Kolda, Sédiou et Ziguinchor*

*Projet « Investir dans la Santé des Mères, des Enfants et des Adolescents » (ISMEA) à travers sa composante 3 « Soutenir les réformes visant à renforcer la gouvernance, l'équité et la durabilité du financement dans le secteur de la santé »*

**20 Décembre 2021**

## **PREFACE**

Ce Manuel de procédures est élaboré pour accompagner le financement accordé à l'Agence nationale de la Couverture Maladie Universelle par la Banque mondiale (BM), à travers le Projet « Investir dans la Santé des Mères, des Enfants et des Adolescents » (ISMEA) 2020-2024. Il s'inscrit dans la composante 3 « *Soutenir les réformes visant à renforcer la gouvernance, l'équité et la durabilité du financement dans le secteur de la santé* ».

Ce financement s'applique dans les régions d'intervention du projet ISMEA à savoir Kaffrine, Kédougou, Kolda, Sédiou, Tambacounda et Ziguinchor.

Il est l'outil de référence des parties prenantes pour le traitement et la gestion des procédures administratives et financières en vue de l'exécution du projet. Ce présent manuel est structuré autour de quatre chapitres :

- Chapitre 1 : Présentation du projet et ses modalités administratives et techniques.
- Chapitre 2 : Procédures et description des modalités de gestion financière ;
- Chapitre 3 : Suivi et évaluation du projet.
- Chapitre 4 : Mécanisme de gestion des plaintes.

Il sera mis à jour de façon régulière avec une prise en compte du contexte de mise en œuvre et des pratiques relatives à l'exécution des procédures de gestion administrative et financière.

**Directeur général de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle**

## **TABLE DES MATIERES**

<b>Préface .....</b>	<b>2</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU PROJET.....</b>	<b>6</b>
<b>1. OBJECTIFS DU PROJET.....</b>	<b>7</b>
<b>2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET .....</b>	<b>8</b>
2.1.    Phase préparatoire .....	8
2.1.1.    Population cible bénéficiaire du projet.....	8
2.1.2.    Définition des phases du projet .....	9
2.1.3.    Acteurs de mise en œuvre du projet .....	9
2.1.4.    Processus de recensement et d'enrôlement de la cible .....	11
a.    Enfants âgés de moins de 5 ans.....	11
i.    Recensement physique des enfants.....	11
ii.    Enrôlement des enfants âgés de moins de 5 ans .....	12
b.    Femmes enceintes .....	12
i.    Recensement physique des femmes enceintes.....	12
ii.    Enrôlement des femmes enceintes .....	12
2.2.    Phase de mise œuvre .....	13
2.2.1.    Contractualisation.....	13
2.2.2.    Communication et sensibilisation des acteurs .....	13
2.2.3.    Contrôle médical .....	14
<b>CHAPITRE 2 : PROCEDURES DE DECAISSEMENT.....</b>	<b>15</b>
<b>1. PROCEDURES D'APPEL DE FONDS.....</b>	<b>16</b>
1.1 Règles de gestion .....	17
1.2 Documents supports.....	19
1.3 Intervenants.....	21
1.4 Procédures.....	22
<b>2. PROCEDURES DE TRANSFERT DE FONDS .....</b>	<b>25</b>
2.1 REGLES DE GESTION .....	26
2.2 Documents supports.....	26
2.3 Intervenants.....	26
2.4 Procédures.....	27
<b>3. RECEPTION ET UTILISATION DES FONDS PAR L'UNION DÉPARTEMENTALE DES MUTUELLES DE SANTÉ (UDMS) .....</b>	<b>28</b>
3.1 Règles de gestion .....	29
3.2 Documents supports.....	30
3.3 Intervenants.....	31
3.4 Procédures .....	32
<b>4. RECEPTION ET UTILISATION DES FONDS PAR LES MUTUELLES DE SANTÉ .....</b>	<b>33</b>
4.1 Règles de gestion .....	34
4.2 Documents supports.....	35
4.3 Intervenants.....	36
4.4 Procédures.....	37
<b>CHAPITRE 3 : Coordination, SUIVI ET EVALUATION DU PROJET .....</b>	<b>38</b>

<b>1. Coordination.....</b>	<b>38</b>
<b>2. Suivi et évaluation dans le cadre du financement accordé à l'ANACMU par le projet ISMEA</b>	<b>38</b>
<b>3. Gestion des données – Reporting.....</b>	<b>39</b>
<b>4. Suivi de l'effectivité de l'enrôlement des cibles .....</b>	<b>40</b>
<b>5. Suivi des versements des subventions.....</b>	<b>41</b>
<b>6. Coordination du projet au niveau opérationnel.....</b>	<b>41</b>
<b>7. suivi et évaluation du projet.....</b>	<b>42</b>
7.1 Gestion des données – Reporting.....	42
7.2 Suivi de l'effectivité de l'enrôlement des cibles .....	43
7.3 Suivi des décaissements .....	44
7.4 INDICATEURS DE SUIVI DU PROJET .....	44
<b>CHAPITRE 4 : MECANISME DE GESTION DES PLAINTES .....</b>	<b>47</b>
<b>1. Accès a l'information .....</b>	<b>49</b>
<b>2. Réception, enregistrement et accusé de réception formelle .....</b>	<b>50</b>
<b>3. Catégories de plaintes concernées par le projet et examen préliminaire de l'éligibilité des plaintes .....</b>	<b>50</b>
<b>4. Évaluation et vérification .....</b>	<b>51</b>
<b>5. Suivi des plaintes et reportage .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 1 : Modèle de conventions entre : .....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 2 : Modèle de tableau de suivi des prestations de services de santé .....</b>	<b>68</b>
<b>Annexe 3 : modelés de rapports de suivi détaillés de l'utilisation des décaissements et de la situation de l'enrôlement de la cible du projet par les organisations mutualistes. .....</b>	<b>69</b>
<b>Annexe 4 : fiche de suivi des prestations par niveau de la pyramide sanitaire .....</b>	<b>79</b>
<b>Annexe 5 : Modèle de facture de prestations de services de santé.....</b>	<b>80</b>
<b>Annexe 6 : Modèle lettre de garantie et attestation de soins. .....</b>	<b>81</b>
<b>Annexe 7 : Modèle bon de commande de médicaments. .....</b>	<b>83</b>
<b>Annexe : 8 Modèle de demande de financement. .....</b>	<b>84</b>
<b>Annexe 9 : Modèle de demande de paiement : .....</b>	<b>85</b>
<b>Annexe 10 : fiche de traitement des opérations UDMS et MS : .....</b>	<b>86</b>
<b>Annexe 11 : Listes des mutuelles de santé et leurs références bancaires.....</b>	<b>88</b>

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>ANACMU :</b>	Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle
<b>AC :</b>	Agent Comptable
<b>ANSD :</b>	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
<b>CMU :</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>CRS :</b>	Comité Régional de Suivi
<b>DAF :</b>	Direction de l'Administration et des Finances
<b>DAGE :</b>	Direction de l'Administration et des Finances
<b>DO :</b>	Direction des Opérations
<b>DG/CMU :</b>	Direction Générale de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle
<b>DPRESE :</b>	Direction de la Planification, de la Recherche, des Etudes du Suivi et de l'Evaluation
<b>EPS :</b>	Etablissement Public de Santé
<b>MSAS :</b>	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
<b>PCA :</b>	Président du Conseil d'Administration
<b>PTF :</b>	Partenaire Technique Financier
<b>RAF :</b>	Responsable Administratif et Financier
<b>SR/CMU :</b>	Service Régional de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle

## **CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU PROJET**

Le gouvernement du Sénégal à travers le Projet « Investir dans la Santé des Mères, des Enfants et des Adolescents » (ISMEA) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, financée par la Banque mondiale, a accordé un financement à l'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle à travers sa composante 3 « *Soutenir les réformes visant à renforcer la gouvernance, l'équité et la durabilité du financement dans le secteur de la santé* » sur la période 2020-2014.

Ce financement intervient dans les régions de Kaffrine, Kédougou, Kolda, Sédiou, Tambacounda et Ziguinchor et couvre essentiellement la sous composante 3.1 « *Améliorer la protection financière contre les risques de santé* ».

La sous composante 3.1 a pour but de lever les problèmes d'accessibilité financière tout en renforçant l'efficience par des appuis au système d'assurance maladie communautaire.

Il s'agit de :

- **Subventionner les cotisations des plus vulnérables dans les mutuelles de santé.** Cette sous composante a pour finalité d'assurer plus d'équité en subventionnant totalement les cotisations des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes à travers le système d'assurance maladie à base communautaire. Cet appui va permettre aux cibles d'avoir un accès au paquet de bénéfices garanti par les organisations mutualistes dans le cadre de la mise en œuvre du programme de CMU. À travers leur enrôlement dans les mutuelles de santé communautaires de la zone d'intervention du projet, le paquet de bénéfices sera assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, du poste de santé à l'Établissement public de Santé (EPS). Le financement inclut également la prise en charge des femmes enceintes ayant subi une césarienne. Autrement dit, la gratuité de la césarienne est intégrée dans le paquet de services pris en charge par les structures mutualistes.
- **Développer des stratégies de communication afin de booster l'adhésion des populations à l'assurance maladie communautaire.** Il s'agit d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication dont des interventions au niveau national et communautaire.
- **Appuyer le changement institutionnel et les réformes pour la mise en œuvre d'une stratégie d'achats stratégiques** dans le cadre de la CMU y compris le **déploiement et l'opérationnalisation du Système Information et de Gestion Intégré de la Couverture Maladie Universelle (SIGICMU)**.

---

<sup>1</sup> Cf PTA

Le projet financerà des études de faisabilité visant à expérimenter l'application d'autres mécanismes d'achats stratégiques et à la réalisation d'interventions pilotes dans le but de tester ces mécanismes. Ce qui permettra aux décideurs de disposer d'évidences pour pouvoir faire des options d'achats plus efficientes dans le cadre de la mise en œuvre du programme CMU. Il s'agit en d'autres termes d'appuyer des études visant à déterminer des mécanismes d'achats stratégiques (plus efficientes) à proposer aux décideurs.

Cette sous composante, intervenant principalement dans le financement de la prise en charge des soins des enfants âgés de moins de cinq (05) ans et des femmes enceintes, y compris la césarienne.

À travers le projet ISMEA, l'Agence nationale de la CMU va poursuivre son appui au système d'assurance maladie à base communautaire pour le renforcement de la professionnalisation des organisations mutualistes. Il permettra de contribuer, entre autres, au renforcement de la collaboration entre les acteurs du système d'assurance maladie et les prestataires de soins.

L'intérêt de ce financement à travers le projet ISMEA est de permettre à ANACMU d'impulser les réformes sur le système d'assurance maladie communautaire en :

- transférant la gestion de deux initiatives de gratuité aux mutuelles de santé pour un meilleur ciblage des bénéficiaires, un meilleur contrôle des droits d'accès aux prestations et une meilleure gestion des risques (surconsommation, sur prescription, non-conformité, etc.) ;
- menant des activités d'appui au processus de mise en œuvre du projet pouvant contribuer à l'atteinte des objectifs.

L'ANACMU met en œuvre des activités financées par le projet ISMEA à travers ses missions de suivi et de contrôle.

Le cadre organisationnel actuel de l'assurance maladie à travers les mutuelles de santé au niveau national repose sur les institutions mutualistes suivantes : l'union nationale des mutuelles de santé communautaires, les unions régionales et départementales de mutuelles de santé et les mutuelles de santé.

Dans le cadre de l'exécution de ce financement, les paiements aux prestataires de soins sont effectués par les Unions Départementales des Mutuelles de Santé (UDMS) et les mutuelles de santé.

## **1. OBJECTIFS DU PROJET**

L'objectif général de ce projet est d'assurer la couverture du risque maladie des enfants âgés de moins cinq (5) ans et des femmes enceintes à travers l'assurance maladie communautaire dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle.

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- Transférer la gestion de la prise en charge financière de la gratuité des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et de la césarienne au système d'assurance maladie communautaire ;
- Subventionner la cotisation des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes pour la prise en charge de leurs soins à travers le système d'assurance maladie communautaire ;
- Élargir le paquet de services offert aux enfants âgés de moins de cinq (5) ans ;
- Intégrer la gratuité de la césarienne dans le paquet de services offert ;
- Renforcer la viabilité financière des organisations mutualistes ;
- Appuyer la professionnalisation des organisations mutualistes ;
- Appuyer les activités de suivi, d'évaluation et de capitalisation ;
- Renforcer le ciblage, le contrôle et la qualité de la prise en charge des soins des enfants âgés de moins de cinq (5) ans ;

## 2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

### 2.1. PHASE PRÉPARATOIRE

Cette phase permet d'identifier les activités préparatoires de formulation du projet, qui tournent autour de :

1. La définition de la cible du projet ;
2. La définition des phases de mise en œuvre du projet ;
3. L'estimation du budget du projet ;
4. La proposition des modalités de prise en charge financière des cibles (enfants âgés de moins de 5 ans et femmes enceintes) par les organisations mutualistes ;
5. La proposition d'un manuel de procédure du projet ;
6. Mise en place d'un système d'information et de suivi du projet avec une mise à jour des outils de gestion au niveau des mutuelles de santé.

#### 2.1.1. Population cible bénéficiaire du projet

Le projet sera mis en œuvre dans les 6 régions d'intervention et concernera principalement deux (2) cibles spécifiques :

1. **Les enfants âgés de moins de cinq (5) ans** : la population cible d'enfants âgés de moins de cinq (5) attendue en 2021 dans la zone d'intervention du projet est de **868 375** (source : Agence CMU 2019). Cette cible a été définie sur la base des projections de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) ajustée de la cible couverte par les mécanismes d'assurance du secteur formel. Ces enfants seront enrôlés dans les mutuelles de santé du département d'intervention du projet.
2. **Les femmes enceintes** : la population à prendre en charge dans les mutuelles de santé, estimée à **168 998 en 2021** et les cas de césariennes attendues sont de 8 450.

## 2.1.2. Définition des phases du projet

La phase de mise en œuvre de ce projet se déroulera dans la période de 2022 à 2024.

Cette phase correspond à la mise en œuvre effective du projet à travers l'intégration et la prise en charge de la couverture du risque maladie des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes dans les mutuelles de santé de la zone d'intervention du projet.

## 2.1.3. Acteurs de mise en œuvre du projet

Le tableau suivant décrit les principales missions des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet :

**Tableau 1 : Définition des missions des acteurs du projet**

ACTEURS DU PROJET	PRINCIPALES MISSIONS
Agence de la CMU : toutes les entités du niveau central et les Services régionaux de la zone d'intervention	<p>C'est l'acteur principal en charge de la mise en œuvre de la sous composante du projet. Elle est accompagnée par d'autres acteurs qui interviennent en partie sur certaines lignes d'actions. L'agence va ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- assurer la formulation des interventions, la coordination et la mise en œuvre ainsi que le suivi ;</li><li>- assurer la viabilité des mutuelles de santé ;</li><li>- proposer les meilleures options d'achat de soins ;</li><li>- contrôler l'effectivité et la qualité des soins offerts aux cibles du projet ;</li><li>- promouvoir les mutuelles de santé communautaires de la zone d'intervention du projet</li><li>- assurer et contribuer à la capitalisation du projet.</li></ul>
Ministère du Développement communautaire, de l'Équité sociale et territoriale	Participer en tant que Ministère assurant la tutelle technique, à l'instance de pilotage du projet ISMEA logée au MSAS.
Ministère de la Santé et de l'Action sociale (Niveau central et niveau opérationnel, Unité de coordination du projet)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Assurer la disponibilité de l'offre de services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</li><li>- Coordonner le pilotage du projet</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer au suivi au contrôle et à l'évaluation des activités mises en œuvre</li> <li>- Prendre en charge les cibles du projet dans le cadre du paquet de soins défini.</li> <li>- Utiliser la plateforme SIGICMU, notamment le SIBIO<sup>2</sup>, et le SITFAC<sup>3</sup> pour gérer les patients cibles du projet.</li> <li>- Sensibiliser les patients.</li> <li>- Appuyer l'enrôlement des cibles du projet</li> </ul>
Organisations mutualistes : Mutuelles de Santé, Unions Départementales des Mutuelles de Santé (UDMS), Unions Régionales des Mutuelles de santé, UNAMUSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enrôler les cibles du projet. Veiller à la solvabilité permanente des organisations mutualistes.</li> <li>- Participer à la communication de proximité en rapport avec l'agence pour la CMU.</li> <li>- Contrôler l'effectivité des soins au niveau local.</li> <li>- Ouverture d'un compte pour chaque mutuelle de santé dans une banque commerciale</li> </ul>
Partenaires Techniques et Financiers (PTF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approuver les documents stratégiques du projet (conventions, manuel de procédures...)</li> <li>- Commanditer au besoin des évaluations et des missions de suivi</li> </ul>
Autorités Administratives des régions d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonner et suivre localement le projet.</li> </ul>
Collectivités Territoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuyer la promotion des organisations mutualistes, leur financement et le soutien, logistique.</li> </ul>
Acteurs communautaires (Bajenu gox, matrones, relais communautaires, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui à l'enrôlement des cibles du projet.</li> <li>- Communiquer et sensibiliser la communauté.</li> </ul>
Bénéficiaires indirects du projet pilote	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuyer la communication, la sensibilisation et contrôle citoyen.</li> </ul>
Comité technique <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer le suivi de la mise en œuvre du projet à tous les niveaux (commune, département ou région)</li> </ul>

<sup>2</sup> Système d'Identification Biométrique

<sup>3</sup> Système Informatisé de Traitement des Factures

<sup>4</sup> Cf note de service mettant en place le comité technique de suivi

## 2.1.4. Processus de recensement et d'enrôlement de la cible

### a. Enfants âgés de moins de 5 ans

#### i. Recensement physique des enfants

Pour une meilleure mise en œuvre du projet, un recensement de la cible d'enfants de moins de cinq (5) ans s'avère nécessaire afin de disposer de la liste exhaustive des enfants âgés de moins de 5 ans devant bénéficier du projet.

Le recensement consiste à faire le dénombrement de l'ensemble des enfants âgés de moins de 5 ans dans les six régions d'intervention. Ce dénombrement se fera à travers un outil de collecte des données qui permettra de renseigner l'ensemble des informations relatives notamment à l'état civil de l'enfant, les parents ou tuteurs, la profession des parents, le type de couverture du risque maladie du ménage. Concernant les enfants déjà enrôlés dans les mutuelles de santé, le projet ne prend pas en charge leurs cotisations pour l'exercice en cours.

La collecte des données se fait à travers une enquête en collaboration avec les acteurs du niveau régional comme les organisations mutualistes, le Service régional de l'ANSD, la Région médicale, les Districts sanitaires, le Service régional de l'Action sociale, les autres organisations communautaires de base (relais polyvalents, Bajenu Gox, ASC etc.).

Les registres d'enregistrement des enfants de moins de cinq ans disponibles au niveau des points de prestations de santé et des personnels communautaires sont utilisés pour le recensement.

Le recensement des enfants âgés de moins de cinq ans de même que leur enrôlement dans les mutuelles de santé se font simultanément.

Pour la prise en compte des enfants qui sont nés après le recensement physique dans les foyers ou des enfants non recensés, il est prévu un enrôlement continu autour des sites identifiés à savoir les mutuelles de santé, les collectivités territoriales, les structures sanitaires, les domiciles des délégués de quartiers, les domiciles des chefs de village, les points d'état civil, etc.

A travers ce projet, l'enregistrement des nouveau-nés au niveau des points d'état-civil pourra être renforcé.

Toutes les données collectées, aussi bien durant le recensement physique que l'enrôlement continu, doivent faire l'objet de partage avec l'ensemble des administrateurs de mutuelles de santé. Ces derniers ont en charge de procéder à l'enrôlement effectif à travers la remise des cartes d'affiliation et le démarrage des prestations de soins.

La subvention est fixée annuellement à 7 000 F CFA par enfant. Ce montant prend en compte la cotisation et le ticket modérateur des prestations de soins dans le cadre de l'initiative de gratuité.

Par conséquent, l'enfant âgé de moins de 5 ans bénéficie d'une prise en charge gratuite à travers le paquet de services couvert par les organisations mutualistes. Cependant, le ticket modérateur est pris en charge par le patient pour les prestations non prises en charge par l'initiative de gratuité des enfants (services d'aide au diagnostic, les médicaments d'officines et les soins fournis au niveau des établissements publics de santé).

## ii. Enrôlement des enfants âgés de moins de 5 ans

Le processus d'enrôlement des enfants âgés de moins de cinq ans est le suivant :

- Identifier chaque enfant âgé de moins de 5 ans ;
- Photographier l'enfant ;
- Remplir la fiche d'affiliation de l'enfant ;
- Remplir la carte d'affiliation en codifiant ;
- Remplir le registre des bénéficiaires ;
- Délivrer la carte d'affiliation.

## b. Femmes enceintes

### i. Recensement physique des femmes enceintes

L'identification des femmes enceintes se fera au niveau communautaire à travers les matrones, les agents de santé communautaire (ASC) et les bajenu gox. Elle se fera également au niveau des structures sanitaires (postes de santé et centres de santé). L'enrôlement au niveau des mutuelles de santé se fera sur présentation d'un document administratif attestant l'état de grossesse (carnet de santé, certificat de grossesse, etc.).

Les registres d'enregistrement des femmes enceintes disponibles au niveau des points de prestations de santé et des acteurs communautaires pourront être utilisés pour leur identification. Les femmes enceintes bénéficiant de cash transfert à travers la CLM seront prises en charge par le projet.

Le montant total de la cotisation est fixé à **7.000 F CFA** par an et par femme enceinte. Ce montant est totalement subventionné par le projet ISMEA.

Comme pour les enfants âgés de moins de 5 ans, les femmes enceintes sont affiliées aux mutuelles de santé.

Le ticket modérateur étant à la charge de la femme enceinte enrôlée, elle bénéficie d'une prise en charge du paquet de services couvert par les organisations mutualistes<sup>5</sup>.

### ii. Enrôlement des femmes enceintes

L'enrôlement physique et administratif des femmes enceintes consiste à :

- Identifier chaque femme enceinte ;
- Photographier la femme enceinte ;
- Remplir la fiche individuelle d'adhésion ;
- Remplir le carnet de membre en codifiant ;
- Remplir le registre des bénéficiaires ;
- Délivrer le carnet de membre.

<sup>5</sup> Le paquet de services couvert par le système d'assurance maladie communautaire est annexé.

## 2.2. Phase de mise œuvre

Cette phase permet d'identifier les activités d'exécution du projet à travers :

1. L'enrôlement des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans les mutuelles de santé ;
2. La signature d'avenants des conventions liant les organisations mutualistes de la zone d'intervention aux structures de santé pour la prise en charge des cibles ;
3. La validation et le partage du manuel de procédures et des outils de mise en œuvre technique du projet avec l'ensemble des acteurs concernés ;
4. Le renforcement de la communication et de la sensibilisation des populations cibles ;
5. Le renforcement de la mission de contrôle (technique, administratif et financier) du service régional de la CMU et des organisations mutualistes (redynamisation des organes de contrôle, etc.) ;
6. La mise en œuvre du système d'information et de suivi du projet ;
7. La tenue régulière des réunions de suivi au niveau départemental ;
8. La mise en œuvre des missions de supervision et de contrôle trimestriels.

### 2.2.1. Contractualisation

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités financées par ISMEA, une convention liant ANACMU au MSAS sera signée. Elle prend en compte également les autres conventions spécifiques que les organisations mutualistes vont signer avec les prestataires de leur zone avec l'accompagnement de l'ANACMU.

A cet effet, ces conventions liant les organisations mutualistes aux structures de santé de la zone sont signées pour la prise en charge des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes en prenant en compte les cas de césarienne.

Des conventions spécifiques sont également signées entre l'Agence nationale de la CMU et les organisations mutualistes (UDMS et les mutuelles de santé). Ces dites conventions précisent les modalités de gestion des ressources allouées dans le cadre de la prise en charge financière des soins des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes y compris les cas de césarienne.

### 2.2.2. Communication et sensibilisation des acteurs

La préparation et la mise en œuvre de ce projet sont accompagnées d'une forte communication en vue de l'information et de la sensibilisation des populations des régions de la zone d'intervention.

Des stratégies sont développées avec les structures mutualistes pour mieux renforcer la communication et la sensibilisation au niveau opérationnel autour des :

- relais communautaires, « bajieu gox » et organisations communautaires de base (OCB) pour assurer une communication interpersonnelle avec les bénéficiaires en vue de leur adhésion massive dans les mutuelles de santé ;
- prestataires de soins pour mieux orienter les parents des enfants âgés de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

### 2.2.3. Contrôle médical

La Direction du Contrôle Médical, la Direction des Opérations, la Direction de la Planification, de la Recherche, des Etudes, du Suivi et de l'Evaluation et les Services régionaux de la zone d'intervention sont chargés du contrôle de la régularité, de l'effectivité et de l'opportunité des services fournis par les prestataires de soins.

Le contrôle médical permet de réduire certains risques au niveau des organisations mutualistes, tels que la sur-prescription, la surfacturation, etc. Il constitue un facteur important pour une mise en œuvre efficace et efficiente du système d'assurance maladie à base communautaire. Il complète le contrôle administratif et financier.

Ce processus de contrôle consiste, entre autres, à faire le rapprochement entre les outils de gestion<sup>6</sup> des prestations de soins des organisations mutualistes et les documents sources des prestataires de soins<sup>7</sup> à travers des contrôles sur sites auprès des prestataires de services. Cette étape sera complétée par des contrôles auprès des cibles du projet.

Ce contrôle médical est assuré par les services compétents de l'Agence nationale de la CMU. Il se fera à deux niveaux :

- le contrôle médical des prestations : il permet de vérifier si la prestation présentée au paiement aux structures mutualistes est comprise dans le paquet de bénéfices, effective et justifiée
- l'accompagnement des prestataires de soins à travers des sessions d'orientations et de renforcement de capacité et cible essentiellement les professionnels et les structures de services de santé.

L'amélioration des méthodes de contrôle passe par la clarification des rôles de chaque acteur et la mise à disposition d'outils de contrôle.

---

<sup>6</sup> Outils de gestion des prestations de soins des organisations mutualistes : registre de suivi des prestations de soins, factures, bons de commande ...

<sup>7</sup> Documents sources des prestataires de soins : registre de consultation, registre de laboratoires d'analyses médicales, registre de radiologie, bloc opératoire et hospitalisation

## **CHAPITRE 2 : PROCEDURES DE DECAISSEMENT**

Les procédures de décaissement qui seront décrites dans ce chapitre, permettront de définir les rôles de chacune des parties prenantes.

L'Etat du Sénégal, à travers le Projet ISMEA (Banque Mondiale), assure le financement de ce projet dans le cadre de l'enrôlement à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans les régions d'intervention pour garantir la protection financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes (y compris la césarienne).

L'Agence de la Couverture Maladie Universelle, est responsable de l'exécution technique et la responsabilité financière, quant à elle, est du ressort du MSAS/ISMEA.

L'exécution du projet fera l'objet d'un suivi conjoint avec l'ensemble des acteurs impliqués. Ce suivi conjoint permettra de s'assurer de la conformité des accords, des règles et des procédures décrits dans le présent Manuel de procédures.

Les procédures décrites ici sont celles liées aux :

1. Appels de fonds par l'Agence de la CMU au projet ISMEA/Ministère de la Santé ;
2. Non-objection de la Banque Mondiale sur la requête ;
3. Transferts de fonds par le projet ISMEA /MSAS/ DODP ;
4. Réception des fonds par l'Union Départementale et les mutuelles de santé.

## **1. PROCEDURES D'APPEL DE FONDS**

### **Sommaire**

- 1.1 Règles de gestion**
- 1.2 Documents supports**
- 1.3 Intervenants**
- 1.4 Procédures**

## 1.1 REGLES DE GESTION

Les décaissements regroupent les subventions dédiées à la prise en charge de la couverture du risque maladie des cibles du projet. Les versements se feront directement dans les comptes bancaires de l'Union Départementale et des mutuelles de santé des régions d'intervention.

Le premier appel de fonds se fera sur la base de la liste nominative des enfants âgés de moins de cinq ans et des femmes enceintes enrôlés dans les mutuelles de santé.

Tous les autres décaissements se feront mensuellement à compter du premier décaissement en fonction de la cible effectivement enrôlée dans les mutuelles de santé.

## ETAPES DE VALIDATION DE LA SUBVENTION ET VERSEMENT DES FONDS AUX ORGANISATIONS MUTUALISTES

La procédure de décaissement nécessite :

1. La signature de convention entre l'ANACMU et chaque organisation mutualiste (Union départementale de mutuelles de santé (UDMS) et mutuelle de santé) ;
2. L'existence, au niveau de l'UDMS et chaque mutuelle de santé d'un compte auprès des banques commerciales.
3. Le dossier de demande de paiement, constitué par niveau et transmis des mutuelles de santé à l'UDMS qui à son tour transmet au Directeur général de l'Agence de la CMU par l'intermédiaire du Service régional.
4. La Direction des opérations (DO) de l'ANACMU transmet au Chef de Service régional de l'ANACMU, la lettre d'information adressée aux Présidents des Conseils d'Administration (PCA) des Unions départementales de mutuelles de santé (UDMS) portant sur la composition du dossier de demande de subventions (les pièces à fournir, le modèle de demande de subvention des mutuelles de santé et des UDMS) et sur les délais de dépôt. Le Gouverneur de Région, le Préfet du Département, le Médecin Chef de Région (MCR), le Médecin Chef de District (MCD) et l'URMS sont ampliaires de la notification de la composition du dossier d'appel de fonds. Ils assurent le suivi en collaboration avec le Service régional ;
5. Les mutuelles de santé constituent leurs dossiers d'appel de fonds suivant ces éléments constitutifs dans un délai maximum d'un mois, soit 30 jours suivant l'enrôlement effectif des cibles du projet. Ces dossiers sont certifiés par le président de la commission de contrôle de chaque mutuelle de santé ;
6. Après que chaque mutuelle de santé ait transmis son dossier d'appel de fonds à l'UDMS, cette dernière constitue le dossier de demande de subventions, certifié par sa commission de contrôle. L'UDMS dispose d'un délai maximum de sept (07) jours à partir de la date de réception des dossiers des mutuelles de santé pour traiter et transmettre son dossier de demande de subventions au Service régional ;

7. Le Chef du Service régional de l'ANACMU assure le contrôle de la conformité du dossier de demande de subventions de l'UDMS annexé des dossiers de demandes individuelles de subventions des mutuelles de santé ;
  - a. Si le dossier est conforme, le Chef du Service régional le transmet au Directeur général dans un délai maximum de deux (2) jours avec ampliation au PCA de l'URMS.
  - b. En cas de non-conformité du dossier de demande de subvention, le Chef de Service régional dispose d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour notification à l'UDMS.
  - c. À partir de la date de réception de la notification des observations, si le motif de **non-conformité** relève :
    - De l'UDMS : celle-ci dispose d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour apporter les correctifs nécessaires et retransmettre le dossier au Service régional.
    - De la mutuelle de santé : celle-ci dispose d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour apporter les correctifs nécessaires et retransmettre le dossier à l'UDMS. Dans ce cas l'UDMS dispose d'un délai maximum de vingt-quatre (24) heures pour le retourner au Service régional.
8. Le dossier de demande de subvention transmis par le Service régional est réceptionné par le Bureau du courrier de l'ANACMU. Le traitement du courrier se fera conformément aux procédures décrites dans le Manuel de procédures Administratives, Financières et Comptables de l'Agence nationale de la CMU ;
9. La Direction des Opérations (DO), après contrôle et vérification de la conformité du dossier de demande de subventions dans un délai maximum de soixante-douze (72) heures à compter de la date de réception du dossier, prépare le dossier d'appel de fonds qui comprend :
  - La demande de financement à faire signer par le Directeur général ;
  - Le budget détaillé de la demande d'appel de fonds ;
  - L'état récapitulatif, signé par le Directeur des Opérations, portant répartition des fonds entre l'UDMS et les mutuelles de santé ;
  - Les listes nominatives des enfants et des femmes enceintes effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé pour la période concernée ;
  - Le répertoire des numéros de comptes bancaires de l'UDMS et des mutuelles de santé ;
  - Le projet de lettre de l'Agence de la CMU portant répartition des subventions dédiées à l'UDMS et les mutuelles de santé pour la prise en charge financière des soins de santé de la cible.
10. Si le dossier est conforme, le DO transmet au Directeur général via la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) dans un délai maximum de deux (2) jours ;
11. En cas de non-conformité du dossier de demande de subvention, la DO dispose d'un délai maximum de vingt-quatre (24) heures pour notification au Service régional de la CMU ;

12. Le Service régional dispose d'un délai maximum de vingt-quatre (24) heures pour notification à l'UDMS ;
13. À partir de la date de réception de la notification des observations, si le motif de **non-conformité** relève :
  - De l'UDMS : celle-ci dispose d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour apporter les correctifs nécessaires et retransmettre le dossier au Service régional.
  - De la mutuelle de santé : celle-ci dispose d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour apporter les correctifs nécessaires et retransmettre le dossier à l'UDMS. Dans ce cas l'UDMS dispose d'un délai maximum de vingt-quatre (24) heures pour le retourner au Service régional.

**NB :** le retour à la DO du dossier de demande d'appel de fonds intégrant les correctifs demandés, doit se faire dans un délai maximum de cinq (5) jours à compter de la date de notification de la non-conformité.

14. La DAF de l'Agence nationale de la CMU contrôle la conformité du dossier de demande de subvention et paraphe la demande de financement à faire signer par le Directeur général, dans un délai maximum de quarante-huit (48) heures à compter de la date de réception du dossier de demande de subvention à la DAF.
15. La demande signée par le Directeur général, avec le visa du Secrétaire général est transmise au Directeur de l'Administration général et de l'Equipement (DAGE) du Ministère de la Santé et de l'Action sociale avec ampliation au Coordonnateur du Projet ISMEA et à la Direction de la Planification, de la Recherche, des Etudes, du Suivi et de l'Evaluation (DPRESE).
16. L'Unité de coordination du Projet procède au traitement du dossier de demande de financement de la subvention et transmet à la DODP pour paiement dans les comptes de l'UDMS et des mutuelles de santé à travers le compte désigné du Projet ISMEA. Les copies des ordres de virement sont transmises à l'ANACMU qui informe le service régional de la CMU qui à son tour informe les PCA des Unions départementales.
17. Ces copies d'ordre de virement sont imputées aux Directions concernées pour information et suivi selon les procédures classiques de gestion du courrier au niveau de l'Agence.

**NB :** le premier décaissement ne nécessitera pas la présentation d'un rapport de suivi détaillé de l'utilisation du décaissement précédent et de la situation de l'enrôlement de la cible du projet, ni du rapprochement bancaire.

## 1.2 DOCUMENTS SUPPORTS

La liste des documents et supports dans le cadre de cette procédure demande de paiement est :

- **Pour les enfants âgés de moins de cinq ans**
  - **Au niveau de la mutuelle de santé**
    - La liste nominative des enfants âgés de moins de 5 ans par genre réellement enrôlés dans la mutuelle de santé signée par le PCA et certifiée par le président de la commission de contrôle ;

- L'état récapitulatif des dépenses de prestations de soins des enfants âgés de moins de cinq ans par mois et par structures ;
- La demande de paiement individuelle du PCA adressée au DG de l'Agence nationale de la CMU.

○ **Au niveau de l'UDMS**

- L'état récapitulatif des enfants âgés de moins de cinq ans par genre enrôlés dans les mutuelles de santé signé par le PCA de l'UDMS et certifié par le président la commission de contrôle en y annexant le dossier de demande individuelle de chaque mutuelle de santé ;
- L'état récapitulatif des dépenses de prestations des enfants âgés de moins de cinq ans par mois (toutes les MS et l'UDMS) ;
- L'état récapitulatif des montants de subventions demandés par chaque mutuelle de santé signé par le président de l'UDMS et certifié par le président la commission de contrôle ;
- La demande globale de financement du PCA de l'UDMS adressée au DG de l'Agence nationale de la CMU.

➤ **Pour les femmes enceintes**

○ **Au niveau de la mutuelle de santé**

- La liste nominative des femmes enceintes enrôlées dans la mutuelle de santé signée par le PCA et certifié par le président la commission de contrôle de la mutuelle de santé ;
- L'état récapitulatif des dépenses de prestations des femmes enceintes par mois ;
- La demande de financement individuelle adressée au DG de l'Agence nationale de la CMU.

○ **Au niveau de l'UDMS**

- L'état récapitulatif des femmes enceintes enrôlées dans les mutuelles de santé signé par le président de l'UDMS et certifié par le président la commission de contrôle en y annexant le dossier de demande individuelle de chaque mutuelle de santé ;
- L'état récapitulatif des dépenses de prestations des femmes enceintes par mois (toutes les MS et l'UDMS) ;
- L'état récapitulatif des montants de subventions demandés par chaque mutuelle de santé signé par le président de l'UDMS et certifié par la commission de contrôle ;
- La demande de financement de l'UDMS adressée au DG de l'Agence nationale de la CMU.

➤ **Pour la subvention du ticket modérateur des cas de césarienne**

○ **Au niveau de la mutuelle de santé**

- La liste nominative des femmes enrôlées ayant subi une césarienne au niveau des centres de santé signée par le PCA et certifiée par le président de la commission de contrôle de la mutuelle ;
- La demande de subvention individuelle est adressée au DG par l'intermédiaire de l'union départementale.

### ○ Au niveau de l'UDMS

- La liste nominative des femmes enceintes réellement enrôlées ayant subi une césarienne au niveau des EPS hospitaliers et Centres de santé avec bloc soins obstétricaux d'urgence (SOU) signée par le PCA et certifiée par le président la commission de contrôle de la mutuelle de santé ;
- L'état récapitulatif des dépenses de prestations liées à la prise en charge de la césarienne au niveau de l'UDMS ;
- L'état récapitulatif des femmes enceintes enrôlées ayant subi une césarienne dans les centres de santé et EPS signé par le PCA de l'UDMS et certifié par le président la commission de contrôle en y annexant le dossier de demande de subvention de chaque mutuelle de santé ;
- La demande de subvention globale du ticket modérateur des cas de césarienne (EPS et CS) adressée au DG de l'Agence nationale de la CMU.

**NB :** Tous les mois, chaque mutuelle de santé transmet à l'UDMS la situation des cas de césarienne.

L'Agence nationale de la CMU, après exploitation et traitement des dossiers de demande de subvention du ticket modérateur de la césarienne, envoie le dossier de demande de paiement au projet.

La subvention du ticket modérateur<sup>8</sup> s'élève à 17 000 F CFA par cas de césarienne.

## 1.3 INTERVENANTS

Dans le cadre de cette procédure de demande de paiement, les acteurs ci-dessous interviennent :

- Directions de l'ordonnancement des dépenses publiques ;
- DAGE du Ministère de la santé et de l'Action sociale (MSAS) ;
- Coordination du Projet ISMEA ;
- Agence nationale de la couverture Maladie Universelle ;
- Union régionale de mutuelles de santé (URMS) ;
- Union départementale de mutuelles de santé (UDMS) ;
- Mutuelles de santé.

---

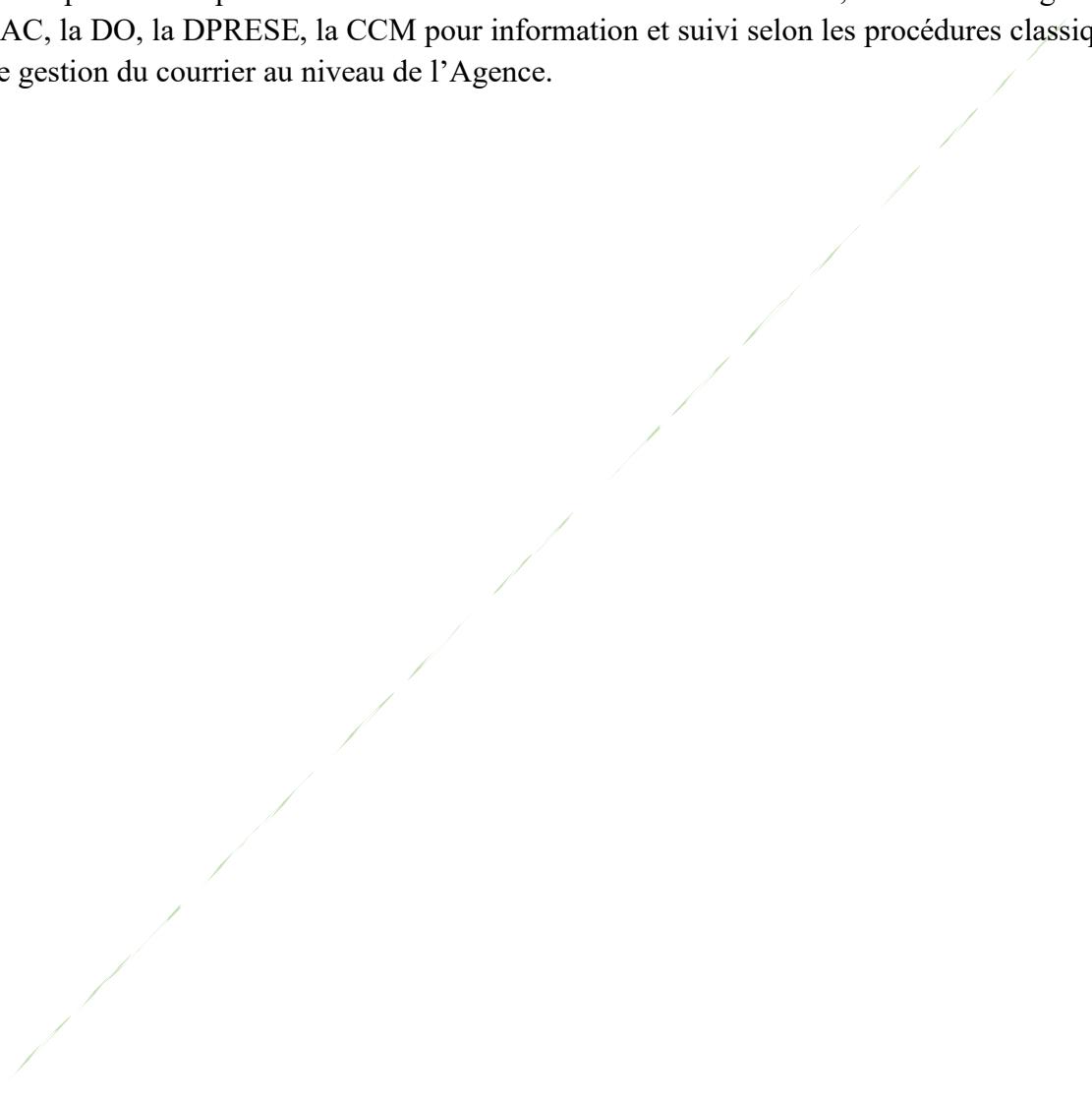
<sup>8</sup> Forfait césarienne : **85 000 F CFA** soit **80% (68 000 F CFA)** pris en charge par l'UDMS **20% (17 000 F CFA)** pris en charge par le projet.

## 1.4 PROCEDURES

1. L'équipe en charge des questions juridiques de l'ANACMU prépare les drafts de convention liant l'ANACMU à chaque UDMS et à chaque mutuelle de santé qu'elle fait approuver par le Directeur général.
2. Le PCA et le trésorier de chaque organisation mutualiste sont les cosignataires du compte bancaire de la structure mutualiste.
3. L'Agence nationale de la CMU, à travers le Service régional, notifie aux organisations mutualistes, dans un délai de quarante-huit (48) heures au maximum, la composition du dossier de demande de paiement ;
4. Le Gouverneur de Région, le Préfet du Département, le Médecin Chef de Région (MCR), le Médecin Chef de District (MCD) et l'URMS sont ampliaitaires de la notification de la composition du dossier de demande de paiement. Ils assurent le suivi en collaboration avec le Service régional.
5. Les mutuelles de santé constituent leurs dossiers de demande de paiement suivant ses éléments constitutifs dans un délai maximum de 15 jours durant laquelle l'enrôlement des cibles du projet s'effectuera. Ces dossiers doivent être certifiés au préalable par la commission de contrôle de chaque mutuelle de santé.
6. L'UDMS constitue le dossier demande de paiement, certifié au préalable par le président de la commission de contrôle, sur la base des dossiers de demandes individuelles de paiement des mutuelles de santé. L'UDMS dispose d'un délai maximum de sept (07) jours à partir de la date de réception des dossiers des mutuelles de santé pour traiter et transmettre son dossier de demande de subvention.
7. Le Service régional assure le contrôle de la conformité du dossier de demande de paiement de l'UDMS annexé des dossiers de demandes individuelles de paiement des mutuelles de santé.
  - Si le dossier est conforme, le Service régional transmet au Directeur général dans un délai maximum de deux (2) jours avec ampliation au PCA de l'URMS.
  - En cas de non-conformité du dossier de demande de subvention, le Service régional dispose d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour notification à l'UDMS.
  - À partir de la date de réception de la notification des observations, si le motif de **non-conformité** relève :
    - De l'UDMS : celle-ci dispose d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour apporter les correctifs nécessaires et retransmettre au Service régional.
    - Des mutuelles de santé : celles-ci disposent d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour apporter les correctifs nécessaires et retransmettre à l'UDMS. Dans ce cas l'UDMS dispose d'un délai maximum de vingt-quatre (24) heures pour retransmettre au Service régional.

8. Le dossier de demande de subvention transmis par le Service régional est réceptionné par le Bureau du courrier de l'Agence nationale de la CMU au niveau central. Le traitement du courrier se fera conformément aux procédures décrites dans le Manuel de procédures Administratives, Financières et Comptables de l'Agence de la CMU.
9. La Direction des Opérations (DO) de l'ANACMU, après contrôle et vérification de la conformité du dossier de demande de paiement dans un délai maximum de soixante-douze (72) heures à compter de la date de réception du dossier à la DO, prépare le dossier de demande de paiement qui comprend :
  - a. La demande de financement à faire signer par le Directeur général de l'Agence de la CMU ;
  - b. Le budget détaillé de la demande de paiement ;
  - c. Le rapport de suivi de la situation de l'enrôlement de la cible du projet (aspect technique) ;
  - d. Les listes nominatives des enfants et des femmes enceintes effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé pour la période concernée ;
  - e. Le répertoire des numéros de comptes bancaires de l'UDMS et des mutuelles de santé ;
  - f. Le budget détaillé de la demande d'appel de fonds ;
10. Si le dossier est conforme, la Direction des Opérations (DO) transmet au Directeur général via la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) dans un délai maximum de deux (2) jours.
11. En cas de non-conformité du dossier de demande de subvention, la DO dispose d'un délai maximum de vingt-quatre (24) heures pour notification au Service régional de la CMU.
12. Le service régional dispose d'un délai maximum de vingt-quatre (24) heures pour notification à l'UDMS.
13. À partir de la date de réception de la notification des observations, si le motif de **non-conformité** relève :
  - De l'UDMS : celle-ci dispose d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour apporter les correctifs nécessaires et retransmettre au Service régional.
  - Des mutuelles de santé : celles-ci disposent d'un délai maximum de quarante-huit (48) heures pour apporter les correctifs nécessaires et retransmettre à l'UDMS. Dans ce cas l'UDMS dispose d'un délai maximum de vingt-quatre (24) heures pour retransmettre au Service régional.
- NB :** le retour à la DO du dossier de demande de paiement intégrant les correctifs demandés, doit se faire dans un délai maximum de cinq (5) jours à compter de la date de notification de la non-conformité.
14. La DAF de l'Agence de la CMU contrôle la conformité du dossier d'appel de fonds et paraphe la demande de financement à faire signer par le Directeur général de l'Agence de la CMU, dans un délai maximum de quarante-huit (48) heures à compter de la date de réception du dossier de demande d'appel de fonds à la DAF.

La demande d'appel de fonds signée par le Directeur général, avec les visas du Secrétaire général, du Contrôleur de Gestion et de l'Agence Comptable (AC) est transmise au Coordonnateur du projet ISMEA.

15. Le Projet ISMEA en collaboration avec le Ministère des Finances et du Budget (MFB), procède au virement dans les comptes de l'UDMS et des mutuelles de santé, conformément à leurs procédures. Elle transmet les copies des ordres de virement par courrier à l'ANACMU pour information.
  16. Ces copies sont imputées aux Directions concernées à savoir la DAF, le Contrôle de gestion, l'AC, la DO, la DPRESE, la CCM pour information et suivi selon les procédures classiques de gestion du courrier au niveau de l'Agence.
- 

## **2. PROCEDURES DE TRANSFERT DE FONDS**

### **Sommaire**

- 2.1 Règles de gestion**
- 2.2 Documents supports**
- 2.3 intervenants**
- 2.4 Procédures**

## 2.1 REGLES DE GESTION

Les décaissements regroupent les subventions versées par le projet ISMEA dédiées à la prise en charge financière de la couverture des cibles du projet. Les versements se feront directement dans les comptes bancaires des Unions Départementales et des mutuelles de santé.

Les transferts de fonds se feront en fonction de la cible effectivement enrôlée dans les mutuelles de santé.

Pour chaque décaissement, le MFB à travers le Projet ISMEA, vire les fonds conformément à l'état récapitulatif portant répartition des fonds prévu à cet effet, suivant le répertoire des comptes bancaires des organisations mutualistes dédiées au projet.

Le MFB, à travers le projet ISMEA disposent d'un délai de quinze (15) jours, à compter de la date de réception du dossier de demande de paiement, pour procéder au décaissement du montant sollicité conformément au manuel de procédures du projet ISMEA.

Après transfert des fonds, la coordination du projet ISMEA fait copie des ordres de virement à l'Agence de la CMU pour information et dispositions à prendre.

## 2.2 DOCUMENTS SUPPORTS

La liste des documents supports dans le cadre de cette procédure de transfert de fonds, sera établie conformément aux procédures en vigueur du projet.

## 2.3 INTERVENANTS

Dans le cadre de cette procédure de transfert de fonds, les acteurs ci-dessous interviennent :

- DODP du Ministère des Finances et du Budget (MFB)
- DAGE du Ministère de la santé et de l'Action sociale (MSAS)
- Banque Mondiale
- Coordination du Projet ISMEA ;
- Agence de la couverture Maladie Universelle (ANACMU)
- Union régionale de mutuelles de santé (URMS)
- Union départementale de mutuelles de santé (UDMS)
- Mutuelles de santé

## **2.4 PROCEDURES**

Les décaissements regroupent les subventions du projet ISMEA dédiées à l'enrôlement et la prise en charge de la couverture du risque maladie des cibles du projet. Les versements se feront directement dans les comptes bancaires des Unions Départementales et des mutuelles de santé des régions d'intervention.

Pour chaque décaissement, le MFB à travers le Projet ISMEA vire les fonds, conformément à l'état récapitulatif portant répartition des fonds prévu à cet effet, suivant le répertoire des comptes bancaires des organisations mutualistes.

Le MFB à travers le Projet ISMEA disposent d'un délai de quinze (15) jours, à compter de la date de réception du dossier d'appel de fonds, pour procéder au décaissement du montant sollicité conformément au manuel de procédures du ISMEA.

Après transfert des fonds, le projet ISMEA fait copie des ordres de virement à l'Agence de la CMU pour information et dispositions à prendre.

### **3. RECEPTION ET UTILISATION DES FONDS PAR L'UNION DÉPARTEMENTALE DES MUTUELLES DE SANTÉ (UDMS)**

#### **Sommaire**

**3.1 Règles de gestion**

**3.2 Documents supports**

**3.3 intervenants**

**3.4 Procédures**

 <p>AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</p>	<b>MANUEL DE PROCEDURES</b>	<b>Référence : 5.1</b> <b>Page : 1/1</b>
	<b>3. Réception et utilisation des fonds par l'UDMS</b>	<b>Version mise à jour</b>  <b>Date : 02/12/2021</b>

### 3.1 REGLES DE GESTION

1. Les subventions versées par le projet sont dédiées à l'affiliation dans les mutuelles de santé des cibles que sont les enfants âgés de moins de cinq (5) ans et les femmes enceintes dans la cadre de la gestion du paquet complémentaire (y inclus la césarienne) par l'UDMS conformément au Manuel de Procédures Administratives, Financières et Comptables des organisations mutualistes.
2. Les versements se feront directement dans le compte bancaire de l'UDMS.
3. L'UDMS procède à un classement et à un archivage spécifique des pièces justificatives dans le cadre de la gestion du paquet complémentaire.
4. Ce classement est distinct de celui effectué pour la gestion du paquet complémentaire pour les bénéficiaires autre que ceux ciblés par le projet.
5. Les factures des prestations de services de santé payées doivent être adressées à l'UDMS. Après paiement, les factures (portant la mention « PAYE » et accompagnées de reçus de paiement, des attestations de soins, des bons de commande de médicaments) doivent être annexées aux ordres de paiement ou aux chèques pour leur classement.
6. Les paiements au profit des structures de prestations de soins se feront par chèque ou par virement bancaire.
7. Le Gouverneur de Région, le Préfet du Département, le Médecin Chef de Région (MCR), le Médecin Chef de District (MCD) et l'URMS sont ampliaires de la notification de l'ordre de virement des fonds alloués aux organisations mutualistes.
8. Les factures présentées pour paiement doivent être éligibles et conformes au modèle standard de présentation d'une facture de doit tel que précisé dans le Manuel de Procédures Administratives, Financières et Comptables des organisations mutualistes.
9. Aucun paiement en espèce au profit des prestataires n'est autorisé dans le cadre de ce projet.
10. Les UDMS doivent toujours gardés les originaux des pièces justificatives pour les besoins de contrôle ;
11. L'auditeur interne de ISMEA en collaboration avec l'auditeur interne de l'agence de la CMU, doit procéder sur la base d'échantillons représentatifs des paiements à la vérification du respect des procédures administratives, financières pour les paiements effectués.

 <p>AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</p>	<b>MANUEL DE PROCEDURES</b>	<b>Référence : 5.2</b>
	<b>3. Réception et utilisation des fonds par l'UDMS</b>	<b>Page : 1/1</b>
	<b>3.2 Documents supports</b>	<b>Version mise à jour</b>
		<b>Date : 02/12/2021</b>

### 3.2 DOCUMENTS SUPPORTS

La liste des documents supports dans le cadre de la réception et de l'utilisation des fonds par l'UDMS :

1. La notification de l'ordre de virement des fonds alloués à l'UDMS dans le cadre du projet.
2. Les ordres de paiement (virement bancaire ou chèque) de l'UDMS adressés à la banque commerciale où est logé son compte.
3. Le rapport de suivi des résultats de l'UDMS annexé du modèle de tableau de suivi des prestations de soins.
4. Le rapport de suivi détaillé de l'utilisation des décaissements et de la situation de l'enrôlement de la cible du projet.
5. La facture des prestations de services de santé.
6. Lettre de garantie.
7. Bon de commande de médicaments.
8. Fiches de traitement des dossiers de l'UDMS.

 <p>AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</p>	<b>MANUEL DE PROCEDURES</b>	<b>Référence : 5.3</b> <b>Page : 1/1</b>
	<b>3. Réception et utilisation des fonds par l'UDMS</b>  <b>3.3 Intervenants</b>	<b>Version mise à jour</b>  <b>Date : 02/12/2021</b>

### 3.3 INTERVENANTS

Dans le cadre de cette procédure de réception et d'utilisation des fonds par l'UDMS, les acteurs ci-dessous interviennent :

- EPS conventionnés ;
- Officines conventionnées ;
- Service régional de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle ;
- Projet ISMEA ;
- Union régionale de mutuelles de santé (URMS) ;
- Union départementale de mutuelles de santé (UDMS) ;
- Banques commerciales.

 <p>AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</p>	<b>MANUEL DE PROCEDURES</b>	<b>Référence : 5.4</b> <b>Page : 1/1</b>
	<b>3. Réception et utilisation des fonds par l'UDMS</b>	<b>Version mise à jour</b>
	<b>3.4 Procédures</b>	<b>Date : 02/12/2021</b>

### 3.4 PROCEDURES

1. L'UDMS reçoit les fonds versés par le projet dans son compte ouvert auprès d'une banque commerciale ;
2. L'UDMS après réception des factures des prestations de services de santé, procède à leur traitement dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrables.
3. Le PCA de l'UDMS, après réception des fonds, ordonne le paiement des factures des prestations de services de santé ayant fait objet de contrôle et de validation **matérialisées au niveau de ces factures**.
4. Le Responsable administratif et financier (RAF) de l'UDMS procède à l'établissement des ordres de paiement à soumettre au PCA et au trésorier pour signature.
5. L'UDMS soumet l'ordre de paiement (chèque aux prestataires de soins et ordre de virement à la banque commerciale des prestations des services de santé.
6. Le RAF, le PCA et le trésorier de l'UDMS renseignent la fiche de traitement des dossiers.
7. L'UDMS à travers le RAF, procède au paiement des prestataires de services de santé dans un délai maximum de quinze (15) jours ouvrables après réception de la facture.
8. Le RAF procède au classement et à l'archivage des dossiers comprenant :
  - La facture du prestataire de services de santé portant la mention « PAYE » ;
  - La copie de chèque ou de l'ordre de virement ;
  - Fiche de traitement dûment signée ;
  - Lettre de garantie ;
  - Bon de commande de médicaments.

## **4. RECEPTION ET UTILISATION DES FONDS PAR LES MUTUELLES DE SANTÉ**

 <p>AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</p>	<p><b>MANUEL DE PROCEDURES</b></p> <p><b>4. Réception et utilisation des fonds par la mutuelle de santé</b></p> <p><b>Sommaire</b></p> <p><b>4.1 Règles de gestion</b></p> <p><b>4.2 Documents supports</b></p> <p><b>4.3 Intervenants</b></p> <p><b>4.4 Procédures</b></p>	<p><b>Référence : 6</b></p> <p><b>Page : 1/4</b></p> <p><b>Version mise à jour</b></p> <p><b>Date : 02/12/2021</b></p>
--	---	--

### **Sommaire**

- 4.1 Règles de gestion**
- 4.2 Documents supports**
- 4.3 intervenants**
- 4.4 Procédures**

 <p>AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</p>	<b>MANUEL DE PROCEDURES</b>	<b>Référence : 6.1</b> <b>Page : 1/1</b>
	<b>4. Réception et utilisation des fonds par les mutuelles de santé</b>  <b>4.1 Règles de gestion</b>	<b>Version mise à jour</b>  <b>Date : 02/12/2021</b>

## 4.1 REGLES DE GESTION

1. Les subventions versées par le projet ISMEA sont dédiées à la prise en charge financière de l'enrôlement des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes dans les mutuelles de santé (y compris la césarienne) conformément au Manuel de Procédures Administratives, Financières et Comptables des organisations mutualistes.
2. Les versements se feront directement dans les comptes bancaires des mutuelles de santé ouverts.
3. Les mutuelles de santé procèdent à un classement et à un archivage spécifique des pièces justificatives dans le cadre de la gestion du paquet de base.
4. Ce classement est distinct de celui effectué pour la gestion du paquet de base pour les bénéficiaires autre que ceux ciblés par le projet.
5. Les factures des prestations de services de santé payées (portant la mention « PAYE » et accompagnées de reçus de paiement) doivent être annexées aux ordres de paiement ou aux chèques pour leur classement.
6. Les paiements au profit des structures de prestations de services de santé se feront par chèque ou par virement bancaire.
7. Le Gouverneur de Région, le Préfet du Département, le Médecin Chef de Région (MCR), le Médecin Chef de District (MCD) et l'URMS sont ampliaires de la notification de l'ordre de virement des fonds alloués aux organisations mutualistes.
8. Les factures adressées aux mutuelles de santé et présentées pour paiement doivent être éligibles et conformes au modèle standard de présentation d'une facture de doit tel que précisé dans le Manuel de Procédures Administratives, Financières et Comptables des organisations mutualistes.
9. Aucun paiement en espèce au profit des prestataires n'est autorisé dans le cadre de ce projet.
10. L'auditeur interne de ISMEA en collaboration avec auditeur interne de l'agence de la CMU et doit procéder à la vérification de l'utilisation des subventions versées.

 AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	<b>MANUEL DE PROCEDURES</b>	<b>Référence : 6.2</b> <b>Page : 1/1</b>
	<b>4. Réception et utilisation des fonds par les mutuelles de santé</b>	<b>Version mise à jour</b>
	<b>4.2 Documents supports</b>	<b>Date : 02/12/2021</b>

## 4.2 DOCUMENTS SUPPORTS

La liste des documents supports dans le cadre de la réception et de l'utilisation des fonds par les mutuelles de santé :

1. La notification de l'ordre de virement des fonds alloués aux mutuelles de santé dans le cadre du projet.
2. Les ordres de paiement (virement bancaire ou chèque) des mutuelles de santé adressés aux banques commerciales où sont logés leurs comptes.
3. Les rapprochements bancaires
4. Les rapports de suivi des résultats des mutuelles de santé annexés du modèle de tableau de suivi des prestations de services de santé.
5. Les rapports de suivi détaillés des ressources et de la situation de l'enrôlement de la cible du projet.
6. Le modèle de facture de prestations de services de santé.
7. Lettre de garantie et ou attestations de soins.
8. Bon de commande de médicaments.
9. Fiches de traitement des dossiers des mutuelles de santé.

 <p>AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</p>	<b>MANUEL DE PROCEDURES</b>	<b>Référence : 6.3</b> <b>Page : 1/1</b>
	<b>4. Réception et utilisation des fonds par les mutuelles de santé</b>	<b>Version mise à jour</b>
	<b>4.3 Intervenants</b>	<b>Date : 02/12/2021</b>

## 4.3 INTERVENANTS

Dans le cadre de cette procédure de réception et d'utilisation des fonds par les mutuelles de santé, les acteurs ci-dessous interviennent :

- Postes de santé conventionnés
- Centres de santé conventionnés
- Officines conventionnées
- Structures privées conventionnées
- Service régional de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle
- Projet ISMEA
- Union régionale de mutuelles de santé (URMS)
- Mutuelles de santé
- Banque commerciale

 <p>AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</p>	<b>MANUEL DE PROCEDURES</b>	<b>Référence : 6.4</b> <b>Page : 1/1</b>
	<b>4. Réception et utilisation des fonds par les mutuelles de santé</b>	<b>Version mise à jour</b>
	<b>4.4 Procédures</b>	<b>Date : 02/12/2021</b>

## 4.4 PROCEDURES

1. Les mutuelles de santé après réception des factures des prestations de services de santé, procèdent à leur traitement dans un délai maximum de cinq (5) jours ouvrables.
2. Les mutuelles de santé reçoivent les fonds versés par le projet ISMEA dans leurs comptes ouverts auprès des banques commerciales
3. Les PCA des mutuelles de santé, après réception des fonds, ordonnent le paiement des factures des prestations de services de santé ayant fait ~~objet de contrôle et de validation~~ **matérialisées au niveau de la facture**.
4. Les Gérants des mutuelles de santé procèdent à l'établissement des ordres de paiement à soumettre aux PCA et au Trésorier pour co-signature.
5. Les mutuelles de santé soumettent leurs ordres de virement à la banque pour paiement aux prestations des services de santé ou émettent un chèque à l'ordre des prestataires.
6. Les Trésoriers et les PCA des mutuelles de santé renseignent les fiches de traitement des dossiers.
7. Les mutuelles de santé à travers les Trésoriers, procèdent au paiement des prestataires de services de santé dans un délai maximum de quinze (15) jours ouvrables après réception des factures.
8. Les Trésoriers ou les gérants procèdent au classement et à l'archivage des dossiers comprenant :
  - La facture du prestataire de services de santé portant la mention « PAYE » ;
  - La copie de chèque ou de l'ordre de virement ;
  - Fiche de traitement dûment signée ;
  - Lettre de garantie et ou attestations de soins ;
  - Attestation de soins ;
  - Bon de commande de médicaments.

## **CHAPITRE 3 : COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION DU PROJET**

### **1. COORDINATION**

Dans le cadre du Projet ISMEA, des instances de pilotage et de suivi sont mises en place. Leurs missions sont décrites dans le manuel de procédures du Projet ISMEA.

La mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge financière des soins des cibles du projet est coordonnée par l'ANACMU en collaboration avec les services régionaux et les directions techniques du niveau central de l'Agence.

Au niveau régional, les Comités Régional de suivi (CRS) et Départemental de Suivi (CDS) constituent les instances de coordination. Leur composition et leurs missions sont celles déjà définies par les arrêtés portant leur mise en place.

Conformément à son cadre de suivi et évaluation, l'Agence nationale de la CMU a institué une réunion de coordination trimestrielle regroupant l'ensemble de ses centres de responsabilité des niveaux central et régional pour une validation des résultats issus du suivi de la mise en œuvre de son Plan de travail et budget annuel. Cette instance permettra aux équipes de l'Agence d'échanger sur les résultats issus du suivi de la mise en œuvre du projet ISMEA. Ainsi, le niveau d'exécution des activités du PTBA de même que le niveau d'atteinte des résultats de la composante 3.1 du projet ISMEA seront appréciés ; les difficultés et les contraintes rencontrées seront identifiées en vue de la proposition de solutions.

Au niveau de l'UDMS, chargée d'assurer la prise en charge des cibles dans le cadre du financement de la prise en charge des soins des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes (y compris celles ayant subi une césarienne), le Conseil d'administration est soumis aux obligations de rendre compte périodiquement de l'état de mise en œuvre du projet.

Un rapport trimestriel (technique et financier) devra être soumis à l'autorité administrative et au Service régional de l'Agence nationale de la CMU pour validation.

### **2. SUIVI ET EVALUATION DANS LE CADRE DU FINANCEMENT ACCORDE A L'ANACMU PAR LE PROJET ISMEA**

Concernant le suivi de la mise en œuvre des interventions dans le cadre du projet ISMEA, le service régional de l'ANACMU joue un rôle d'impulsion dans la tenue régulière des instances locales de coordination. Les membres de ces instances de coordination veillent entre autres, à l'application des paramètres retenus dans le cadre de l'intervention.

A chaque étape du suivi, des rapports sont produits par les entités responsables, pour rendre compte des résultats enregistrés en rapport avec les indicateurs clés déclinés dans le cadre de performances de l'ANACMU. Ces rapports vont faire ressortir les difficultés rencontrées dans

l'exécution des activités de la composante 3.1 et permettront de formuler des recommandations en vue d'améliorer la mise en œuvre de l'intervention.

Des missions régulières de supervision sont organisées de manière concertée avec les différents acteurs au niveau local et central pour suivre la mise en œuvre des activités de la composante 3.1. Les services régionaux de l'ANACMU vont procéder à un suivi rapproché à travers des missions de suivi et d'encadrement de la mise en œuvre de l'intervention au niveau des organisations mutualistes.

Des réunions semestrielles de suivi de la mise en œuvre du projet seront organisées au niveau régional pour le partage et la validation des résultats des activités liées au financement du projet ISMEA avec les différents acteurs de mise en œuvre. Pour une validation technique au niveau régional des résultats enregistrés en fin d'année d'exécution, une revue annuelle régionale, présidée par le Gouverneur de région, sera organisée par chaque service régional de l'ANACMU avec une présence de l'équipe de coordination du projet au niveau national et du niveau central de l'Agence nationale de la CMU.

### **3. GESTION DES DONNEES – REPORTING**

Pour l'exécution des activités de la composante 3.1, le système de gestion des données de l'ANACMU sera renforcé à tous les niveaux. La mise en œuvre du système d'information au niveau des organisations mutualistes repose sur l'effectivité de l'utilisation de l'ensemble des outils de gestion des mutuelles de santé et de l'application des procédures définies dans le manuel de gestion administrative, financière et comptable des organisations mutualistes.

Pour une intégration de l'ensemble des données générées dans le cadre de ce projet, des outils complémentaires sont élaborés pour un suivi de l'effectivité de l'enrôlement des bénéficiaires du projet. Un canevas de reporting trimestriel est mis à disposition des organisations mutualistes pour un suivi des versements des subventions du projet, du niveau d'enrôlement des cibles du projet et de l'utilisation des ressources allouées.

L'UDMS est chargée tous les trois mois (trimestriel) de produire un rapport détaillé de suivi du niveau d'enrôlement des cibles du projet, de la répartition des versements des subventions (avec en annexe la liste nominative détaillée des cibles enrôlées) et des charges liées aux prestations de services fournies aux bénéficiaires du projet.

Ainsi, ce rapport qui est transmis au Service régional de l'ANACMU fait le point sur :

- l'effectivité de l'enrôlement des cibles du projet dans les mutuelles de santé ;
- l'effectivité de la transmission des ressources financières du projet aux bénéficiaires que constituent les organisations mutualistes ;
- l'effectivité et les types de prestations de soins des cibles au niveau des structures de santé ;

- l'incidence du projet sur la fonctionnalité des organisations mutualistes et sur leur viabilité financière.

Le Service régional de l'ANACMU procède à une synthèse régionale des rapports de suivi transmis par les UDMS avec en annexe les rapports détaillés de ces unions.

Le Service régional de l'ANACMU transmet au niveau central de l'Agence nationale de la CMU, à travers la DO et la DPRESE, le rapport de synthèse régionale annexé des rapports détaillés de chacune des unions départementales de mutuelles de santé.

L'Agence nationale de la CMU dans le cadre du suivi de la mise en œuvre opérationnelle de ce projet, à toutes les étapes, effectue entre autres des missions de supervision et de contrôle de l'exhaustivité et de la qualité des données sur site. L'Unité de coordination du projet se réserve le droit de faire le contrôle de l'exhaustivité et de l'effectivité des prestations.

Le SIGICMU, en cours de déploiement à la fois dans les organisations mutualistes et au niveau des structures de prestations des soins de santé, permettra de gérer les données devant servir au reporting notamment le module SISMUT (Système d'information et de suivi des mutuelles de santé) et le GESTAM (Gestion de l'assurance maladie).

Des bulletins d'informations sont produits périodiquement pour partager et diffuser de manière large les résultats de la mise en œuvre de ce projet.

Avant le 10 du premier mois de chaque trimestre, l'ANACMU fournit au MSAS, avec ampliation à la Coordination du Projet des rapports de suivi technique et financier des activités retracant l'exécution budgétaire de la période, la situation des fonds reçus, utilisés et du solde bancaire et l'état d'avancement des indicateurs.

#### **4. SUIVI DE L'EFFECTIVITE DE L'ENROLEMENT DES CIBLES**

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet, un suivi rapproché du niveau d'enrôlement des cibles du projet est effectué. C'est dans ce cadre que l'Union départementale des mutuelles de santé va produire un rapport trimestriel de suivi de l'enrôlement des cibles du projet.

Ce rapport permet entre autres d'analyser l'incidence du projet sur le taux de pénétration des mutuelles de santé. Ainsi, un suivi progressif du nombre de nouveaux bénéficiaires du projet enrôlés sera effectué à travers :

- la liste nominative certifiée (par la commission de contrôle de la mutuelle de santé) des enfants âgés de moins de cinq par genre effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé avec les références d'identification nationale des parents/tuteurs ou gardiens d'enfants ;
- La liste nominative (certifiée par la commission de contrôle) des femmes enceintes effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé avec les références d'identification nationale de chaque bénéficiaire ;

- L'état récapitulatif au niveau départemental des enfants effectivement enrôlés par genre dans chaque mutuelle de santé et des femmes enceintes. Il doit être certifié par la commission de contrôle de l'UDMS.

Les versions électroniques de ces listes devront être transmises au Service régional de l'ANACMU avec ampliation à l'Union régionale des mutuelles de santé (URMS).

Les outils de suivi de l'effectivité de l'enrôlement des cibles du projet sont annexés au présent manuel.

## 5. SUIVI DES VERSEMENTS DES SUBVENTIONS

Pour un suivi du processus de versement des subventions, un rapport détaillé est élaboré par l'UDMS avant le prochain versement. Ce rapport met un accent particulier sur la répartition des ressources et sur les charges liées aux prestations de services fournies aux bénéficiaires du projet.

Une analyse du taux d'utilisation des services par niveau de la pyramide sanitaire est effectuée et le ratio de liquidité immédiate analysé afin d'apprécier la viabilité financière à court terme de chacune des mutuelles de santé de la zone d'intervention du projet.

Le rapport trimestriel permettant le suivi du niveau d'enrôlement des cibles du projet, de la répartition des versements des subventions et des charges liées aux prestations de services fournies aux bénéficiaires du projet est annexé :

- Du relevé d'identité bancaire de l'ensemble des organisations mutualistes bénéficiaires du projet (mutuelles de santé et union départementale) ;
- Des listes nominatives des enfants âgés de moins de cinq ans et des femmes enceintes effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé (avec les références d'identification nationale, certifiées par la commission de contrôle de chaque mutuelle de santé : les versions électroniques de ces listes sont aussi partagées) ;
- De l'état récapitulatif au niveau départemental des enfants effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé et des femmes enceintes. Cet état récapitulatif doit être certifié par la commission de contrôle de l'UDMS. Les versions électroniques de ces listes seront aussi partagées avec le Service régional avec ampliation à l'Union régionale des mutuelles de santé (URMS).

**NB :** le premier versement des subventions ne nécessitera pas la présentation d'un rapport de suivi détaillé de l'utilisation du décaissement précédent.

## 6. COORDINATION DU PROJET AU NIVEAU OPERATIONNEL

La mise en œuvre opérationnelle de ce projet de prise en charge de la couverture du risque maladie des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans les régions d'intervention du projet sera coordonnée par les services régionaux de l'Agence de la CMU en collaboration avec les différents services et directions techniques du niveau central de l'Agence.

Au niveau national, un comité de suivi sera mis en place et il se réunira au moins une fois par an. Ses missions sont principalement de :

- Assurer une meilleure coordination dudit projet en collaboration avec les partenaires techniques et financiers et les acteurs concernés à tous les niveaux ;
- Suivre la mise en œuvre opérationnelle et stratégique dudit projet ;
- Proposer des stratégies d'articulation de la CMU avec les autres programmes de protection sociale ;
- Veiller à l'harmonisation des interventions en matière de couverture maladie universelle ;
- Définir une bonne politique d'information et de communication sur le programme.
- Valider les nouvelles orientations en termes de paramètres et de modalités de prise en charge des cibles de la CMU.

Au niveau régional, les Comités Régional de suivi (CRS) et Départemental de Suivi (CDS) constituent les instances de coordination. Leur composition et leurs missions sont celles déjà définies par les arrêtés portant leur mise en place.

Au niveau de l'Union départementale des mutuelles de santé chargée d'assurer la prise en charge de ces cibles du projet, le Conseil d'administration est soumis aux obligations de rendre compte périodiquement de l'état de mise en œuvre du projet. Le rapport trimestriel (technique et financier) ainsi élaboré doit être soumis à l'autorité administrative et au Service régional de l'Agence de la CMU pour validation.

## 7. SUIVI ET EVALUATION DU PROJET

Les services régionaux de la CMU jouent un rôle d'impulsion dans la tenue régulière des instances locales de coordination. Les membres de ces instances de coordination veillent entre autres, à l'application des paramètres retenus dans le cadre de l'intervention.

A chaque étape du suivi, des rapports seront produits par des entités responsables, pour rendre compte des résultats enregistrés en rapport avec le cadre de performances. Ces rapports feront ressortir les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et permettront de formuler des recommandations en vue d'améliorer la mise en œuvre de l'intervention.

Des missions trimestrielles de supervision intégrée seront organisées de manière concertée avec les différents acteurs au niveau local et central pour suivre la mise en œuvre du projet. En plus de ces missions de supervision, les services régionaux de la CMU procéderont à un suivi rapproché à travers des missions de suivi et d'encadrement de la mise en œuvre de l'intervention au niveau des organisations mutualistes.

Une revue régionale sera organisée trimestriellement 15 jours après la mission de supervision pour le partage et la validation des résultats du projet avec les différents acteurs de mise en œuvre.

### 7.1 GESTION DES DONNEES – REPORTING

Pour l'exécution de ce projet, le système de gestion des données de la CMU sera renforcé à tous les niveaux. La mise en œuvre du système d'information au niveau des organisations mutualistes, reposera sur l'effectivité de l'utilisation de l'ensemble des outils de gestion des mutuelles de santé et de l'application des procédures définies dans le manuel de gestion administrative, financière et comptable des organisations mutualistes.

Pour une intégration de l'ensemble des données générées dans le cadre de ce projet, des outils complémentaires seront intégrés si nécessaire. En effet, suivant les besoins d'informations

nouvelles à collecter régulièrement, des outils de suivi de l'enrôlement des bénéficiaires du projet seront mis à disposition des organisations mutualistes. Un canevas de reporting trimestriel sera aussi mis à leur disposition pour un suivi des décaissements du projet, du niveau d'enrôlement des cibles du projet et de l'utilisation des ressources décaissées.

L'union départementale de mutuelles de santé sera chargée tous les trois mois (trimestriel) de produire un rapport détaillé de suivi du niveau d'enrôlement des cibles du projet et des décaissements. Ainsi ce rapport qui sera transmis au Service régional de la CMU fera le point sur l'effectivité de l'enrôlement ; sur la mise de la base de données des cibles, sur l'effectivité de la transmission des ressources financières du projet ; sur l'effectivité et des types de prestations de soins des groupes cible au niveau des organisations mutualistes et sur l'incidence du projet sur la fonctionnalité des organisations mutualistes et sur leur viabilité financière.

L'Agence de la CMU dans le cadre du suivi de la mise en œuvre opérationnelle de ce projet, à toutes les étapes, effectuera entre autres des missions de supervision et de contrôle de l'exhaustivité et de la qualité des données sur site. La coordination à travers l'auditeur interne se réserve le droit de faire le contrôle de l'exhaustivité et de l'effectivité des prestations.

## 7.2 SUIVI DE L'EFFECTIVITE DE L'ENROLEMENT DES CIBLES

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet, un suivi rapproché du niveau d'enrôlement des cibles du projet sera effectué. C'est dans ce cadre que l'Union départementale des mutuelles de santé va produire un rapport trimestriel de suivi de l'enrôlement des cibles du projet.

Ce rapport permettra entre autres informations d'analyser l'incidence du projet sur le taux de pénétration des mutuelles de santé du département. Ainsi un suivi progressif du nombre de nouveaux bénéficiaires du projet enrôlés sera effectué à travers :

- la liste nominative certifiée (par la commission de contrôle de la mutuelle de santé) des enfants âgés de moins de cinq effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé avec les références d'identification nationale des parents ou gardiens d'enfants.
- La liste nominative (certifiée par la commission de contrôle) des femmes enceintes effectivement enrôlées dans chaque mutuelle de santé avec les références d'identification de chaque bénéficiaire.
- L'état récapitulatif au niveau départemental des enfants effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé et des femmes enceintes. Cet état récapitulatif doit être certifié par la commission de contrôle de l'UDMS. Les versions électroniques de ces listes devront être transmises au Service régional de la CMU avec ampliation à l'Union régionale des mutuelles de santé (URMS).

Les outils de suivi de l'effectivité de l'enrôlement des cibles du projet seront annexés au présent manuel.

## 7.3 SUIVI DES DECAISSEMENTS

Pour un suivi du processus de décaissement, un rapport détaillé de suivi des ressources sera élaboré par l'union départementale de mutuelles de santé avant le décaissement suivant. Ce rapport mettra un accent particulier sur les charges liées aux prestations de services fournies aux bénéficiaires du projet. Une analyse du taux d'utilisation des services par niveau de la pyramide sanitaire sera effectuée et le ratio de liquidité immédiate analysé afin d'apprécier de la viabilité financière à court terme de chacune des mutuelles de santé de la zone d'intervention du projet.

Le rapport trimestriel de suivi du niveau d'enrôlement des cibles du projet et des décaissements sera annexé :

- Du relevé d'identité bancaire de l'ensemble des organisations mutualistes bénéficiaires du projet (mutuelles de santé et union départementale) sera annexé au rapport de suivi de l'utilisation des décaissements.
- Des listes nominatives des enfants et des femmes enceintes effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé (avec les références d'identification nationale) seront annexées. Ces listes doivent être certifiées par la commission de contrôle de chaque mutuelle de santé (les versions électroniques de ces listes seront aussi partagées).
- De l'état récapitulatif au niveau départemental des enfants effectivement enrôlés dans chaque mutuelle de santé et des femmes enceintes. Cet état récapitulatif doit être certifié par la commission de contrôle de l'UDMS.
- De l'état récapitulatif au niveau départemental de la liste nominative des femmes enceintes ayant subi une césarienne.

Les versions électroniques de ces listes seront aussi partagées avec le Service régional avec ampliation à l'Union régionale des mutuelles de santé (URMS).

**NB :** le premier décaissement ne nécessitera pas la présentation d'un rapport de suivi détaillé de l'utilisation du décaissement précédent.

## 7.4 INDICATEURS DE SUIVI DU PROJET

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention, il est nécessaire de définir un certain nombre d'indicateurs traceurs pour le suivi opérationnel des mutuelles de santé. Le tableau ci-dessous présente les indicateurs sélectionnés qui feront objet d'un suivi périodique.

INDICATEURS DE SUIVI DU PROJET	DEFINITION DES INDICATEURS	METHODE DE CALCUL
1. Taux de couverture des Mutuelles de santé	Pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé par rapport à la population générale	Nombre total de bénéficiaires des MS / Population générale année N * 100
2. Taux de pénétration des Mutuelles de santé	Pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé par rapport à la population cible	Nombre total bénéficiaires des MS / Population cible des MS année N * 100
3. Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans enrôlés dans les mutuelles de santé	Nombre total d'enfants âgés de moins de 5 ans effectivement enrôlés dans les mutuelles de santé.	Décompte
4. Nombre de femmes enceintes enrôlées dans les mutuelles de santé	Nombre total de femmes enceintes effectivement enrôlées dans les mutuelles de santé.	Décompte
5. Nombre de femmes enceintes ayant subi une césarienne	Nombre de femmes enceintes ayant subi une césarienne	Décompte
6. Taux de sinistralité	Proportion des charges liées aux prestations de services par rapport au montant total des cotisations reçues de l'exercice en cours (cotisations acquises)	Total des charges techniques des MS / Total cotisations acquises des MS * 100
7. Taux d'utilisation des services par niveau de la pyramide sanitaire	Nombre total de bénéficiaires pris en charge par niveau de la pyramide sanitaire dans les Mutuelles de santé par rapport au nombre total de bénéficiaires à jour de leur cotisation dans les mutuelles de santé	Nombre total de bénéficiaires pris en charge par niveau de la pyramide sanitaire dans les MS / Nombre total de bénéficiaires à jour de leur cotisation dans les MS * 100
8. Coût moyen par type de prestations	La moyenne des charges techniques par type de prestations par rapport au total des types de prestations par niveau de la pyramide sanitaire	Total des charges techniques par type de prestations / Total des types de prestations par niveau de la pyramide sanitaire

Ratio de liquidité immédiate	Rapport entre les avoirs en caisse, en banque et les dettes à court terme	Avoirs en caisse et banque / dettes à court terme
9. La part des dépenses de prestations de soins (Femmes enceintes et enfants 5 ans) sur les charges techniques des MS et UDMS	Rapport entre les dépenses de prestations de soins des cibles du projet sur le total des charges techniques	Total charges techniques femmes enceintes et enfants) / Total charge technique
10. Disponibilité des médicaments d'importance vitale pour les enfants	Nombre de médicaments d'importance vitale disponibles pour la prise en charge des enfants de moins de 5 ans	Nombre de médicaments d'importance vitale n'ayant pas connu de rupture dans l'ensemble des structures de santé sur le nombre total de médicaments d'importance vitale dans le cadre de ce projet

## **CHAPITRE 4 : MECANISME DE GESTION DES PLAINTES**

Dans la législation nationale (code pénal, code du travail) comme au plan local et communautaire, il existe différents modes de gestion des plaintes. Cependant, ces mécanismes d'ordre formel ou informel, ne répondent pas précisément aux exigences de la Banque mondiale, principal bailleur de fonds du projet ISMEA qui recommande un mécanisme basé sur un certain nombre de critères.

C'est ainsi que le projet ISMEA s'inscrit dans une logique de mise en place d'un mécanisme de gestion des plaintes (MGP) ouvert à toutes les parties prenantes.

En effet, la participation des bénéficiaires du projet et la transparence dans la prise en charge de leurs préoccupations sont deux piliers clés dans la mise en œuvre du projet qui cible des personnes jugées vulnérables comme les femmes et les enfants âgés de moins de 5 ans.

Ainsi, conformément aux directives du PAD (Project Approval Document), les éventuelles plaintes seront gérées par un MGP élaboré de façon précoce et incluant la société civile, les bénéficiaires, les patients, le personnel de santé et l'Unité de gestion du projet ISMEA.

Pour rappel, le projet ISMEA considère. L'éventail des plaintes va de la demande d'information ou de problèmes fréquents, relativement mineurs, aux préoccupations plus graves et plus profondes susceptibles d'engendrer un ressentiment significatif.

De façon générale, le but principal du MGP-ISMEA est d'éviter de recourir au système judiciaire et de rechercher une solution à l'amiable, préservant à la fois l'intérêt des plaignants et celui du projet ISMEA et limitant les risques associés à une action en justice. Dans cette perspective, il permet d'éviter les sources d'insatisfaction, de les prévenir et de les résoudre le cas échéant.

De manière plus affinée, le MGP du projet ISMEA a pour objectifs de donner l'opportunité à toute personne, tout groupe et toute communauté qui se sentirait lésés par les activités du projet, des voies de recours accessibles, équitables, objectives, rapides, efficaces et culturellement adaptées pour soumettre leurs plaintes liées au projet à travers ses activités mises en œuvre. Il cherche ainsi à susciter l'adhésion, la participation des communautés et autres parties prenantes dans la gestion collégiale et transparente des objectifs du projet ISMEA de façon efficiente et optimale.

Il va s'appliquer aux bénéficiaires du projet, en l'occurrence les personnes enrôlées dans le cadre de la couverture maladie universelle ainsi que tous les autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la sous composante 3.1 du projet ISMEA.

Par ailleurs, le MGP s'attachera à traiter les éventuels désagréments causés par le volet réhabilitation des structures sanitaires car les travaux de construction peuvent affecter le fonctionnement desdites structures et par ricochet, les patients.

Enfin, le MGP intègre un système de suivi évaluation dont les examens réguliers permettront de mieux connaître la typologie et les caractéristiques des plaintes, les tendances et les problèmes systémiques afin d'apporter les réponses adaptées. Une procédure spécifique sera mise en place pour la gestion de la violence sexiste (Abus et Exploitations Sexuels (AES) ainsi que les Harcèlements Sexuels (HS) et de toutes les formes de maltraitance et d'exploitation des enfants et des personnes vulnérables.

C'est fort de ce cadre préalable que le MGP d'ISMEA se donne pour objectifs spécifiques de :

- Maintenir un cadre de dialogue et de médiation avec les bénéficiaires du projet, les communautés et autres parties prenantes ;
- Prévenir et traiter les problèmes ou conflits avant qu'ils ne deviennent importants et rectifier les malentendus qui peuvent déboucher sur des rumeurs néfastes pour l'image du projet ;
- Prévenir les goulots d'étranglement qui impacteraient négativement les différentes catégories ciblées par le Projet ISMEA et considérées comme bénéficiaires de ces services : les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants et les adolescentes devant bénéficier de transferts monétaires ainsi que le personnel de santé recruté dans le cadre du Projet ;
- Améliorer sensiblement les bonnes pratiques de prise en charge sanitaire dans les six régions de la zone d'intervention du projet ISMEA.

Le MGP appliquéd au projet ISMEA commande un dispositif susceptible de le rendre performant : du recueil à la clôture en passant par le traitement de l'ensemble des types de plaintes. Ce MGP sera maintenu tout au long du cycle de vie du projet ISMEA avec l'appui et la participation des parties prenantes institutionnelles et des communautés.

Afin d'y parvenir, le MGP décrit les étapes, les organes, les délais et les outils permettant de recevoir, de traiter convenablement, d'assurer le suivi-évaluation et de clôturer toute plainte selon six (06) principes fondamentaux tirés du PAD : équité, objectivité et indépendance, simplicité et accessibilité, réactivité et efficacité, rapidité et proportionnalité, participation et inclusion sociale.

## **I. Catégories de plaintes**

Les plaintes sont catégorisées en trois groupes :

- **Catégorie 1** : Celles qui concernent les bénéficiaires du système sanitaire en général avec un accent particulier sur ceux bénéficiant de la couverture maladie universelle et du volet nutrition ainsi que sur les femmes et adolescentes en état de grossesse ou allaitantes;
- **Catégorie 2** : Les plaintes qui viennent du personnel de santé recruté dans le cadre du projet et mis à la disposition des structures sanitaires périphériques ainsi que celles concernant les

- jeunes filles bénéficiaires du transfert monétaire au niveau des écoles et des centres de formation professionnelle ;
- **Catégorie 3 :** Les plaintes qui se rapportent aux Violences Basées sur le Genre (VBG), aux abus et harcèlement sexuels, etc.

Ce manuel de procédure relatif à la sous composante 3.1 « **Amélioration de la protection financière contre les risques de santé** » va être orienté vers la première catégorie de plaintes qui concernent les bénéficiaires du système sanitaire en général avec un accent particulier sur ceux bénéficiant de la couverture maladie universelle et du volet nutrition ainsi que sur les femmes et adolescentes en état de grossesse ou allaitantes.

## II. Etapes de la procédure de gestion des plaintes

Le MGP comprend sept (7) étapes :

1. Accès à l'information concernant le dépôt à travers plusieurs niveaux d'entrée;
2. Réception, l'enregistrement et l'accusé de réception formel assigné à chaque plainte ;
3. Catégorisation et l'examen préliminaire de l'éligibilité des plaintes ;
4. Evaluation et la vérification ;
5. Proposition et la notification du règlement au plaignant;
6. Suivi et l'évaluation des actions proposées ; et
7. Clôture de la plainte et son archivage physico - numérique.

### 1. ACCES A L'INFORMATION

Les procédures du MGP vont faire l'objet d'une large diffusion auprès de toutes les parties prenantes impliquées dans la sous composante 3.1 du projet ISMEA.

La gestion des plaintes se fera suivant un processus inclusif, avec des bénéficiaires informés sur les procédures et un personnel dédié, fournissant une formation et un apprentissage continu. La diffusion de ce MGP s'étendra donc sur l'ensemble des six régions d'intervention du projet ISMEA et auprès des bénéficiaires (populations cibles du projet, organisations mutualistes, société civile, autorités administratives et sanitaires, collectivités territoriales, structures de santé, etc.).

En fonction des motifs évoqués, les dépôts de plaintes peuvent être faîtes au niveau des mutuelles de santé, des UDMS, Unions régionales des MS, des services de l'Agence de la CMU, de l'UCP, etc.

Les séances de diffusion seront multiples et seront en adéquation avec les canaux de communication disponibles et adaptés aux pratiques socio-culturelles. Parallèlement à ces rencontres communautaires, des émissions radiophoniques seront utilisées pour informer les communautés et autres parties prenantes concernées. Des brochures illustrées et adaptées aux différentes cibles seront produites ainsi que des affiches pour une meilleure appropriation mnémonique basée sur la communication visuelle et digitale.

## **2. RECEPTION, ENREGISTREMENT ET ACCUSE DE RECEPTION FORMELLE**

La réception et l'enregistrement des plaintes peuvent avoir plusieurs portes d'entrée :

- ⇒ Au niveau des mutuelles de santé et des UDMS : En cas de défaut dans la prise en charge des paquets couverts au niveau des points de prestations des soins, les bénéficiaires du projet peuvent déposer une plainte à adresser à la mutuelle de santé (cas du paquet de base à laquelle ils sont affiliés ou au niveau de l'UDMS (pour le paquet complémentaire). La mutuelle de santé ou l'UDMS se chargera de délivrer à la plaignante ou au plaignant, un reçu faisant office d'accusé de réception de la plainte, va remplir une fiche indiquant les références de la plainte (numéro et date de dépôt de la plainte, nom, prénom (s), adresse et motif(s) de la plainte, etc.). Pour formuler leurs plaintes, les bénéficiaires cibles du projet peuvent au besoin solliciter l'appui des Bajenu gox, des ASC et autres relais communautaires. Une copie de la fiche renseignée et la plainte signée doivent parvenir au service régional de la CMU qui à son tour les transfère à l'UCP par l'intermédiaire de l'ANACMU.
- ⇒ Au niveau du service régional de la CMU, les mutuelles de santé ou unions départementales des mutuelles de santé (UDMS) bénéficiaires du projet peuvent y déposer des plaintes. Le service régional de l'ANACMU se chargera de délivrer à la mutuelle ou à l'UDMS plaignante, un reçu faisant office d'accusé de réception de la plainte, va remplir une fiche indiquant les références de la plainte (numéro et date de dépôt de la plainte, nom de la MS ou de l'UDMS, adresse et motif(s) de la plainte, etc.). Une copie de la fiche renseignée et la plainte signée doivent parvenir au siège de l'ANACMU qui à son tour va envoyer une copie à l'UCP au besoin.
- ⇒ Au niveau des régions médicales, les structures de soins peuvent déposer des plaintes par l'intermédiaires des districts la région médicale après enregistrement des références liées à la plainte va la transférer à l'ANACMU par l'intermédiaire de ses services régionaux.
- ⇒ Des boîtes à plaintes seront installées dans les niveaux d'enregistrement des plaintes en toute confidentialité selon le cas d'espèces.

## **3. CATEGORIES DE PLAINTES CONCERNEES PAR LE PROJET ET EXAMEN PRELIMINAIRE DE L'ELIGIBILITE DES PLAINTES**

Dans le cadre de ce projet, les catégories de plaintes qui seront éligibles concernent celles déposées par les bénéficiaires du système sanitaire en général avec un accent particulier sur ceux bénéficiant d'une couverture contre le risque maladie à travers le projet ISMEA (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans).

Il sera procédé ensuite à l'analyse de l'admissibilité et de validité des réclamations liées au projet.

## 4. ÉVALUATION ET VERIFICATION

En l'absence d'un comité organisé à cet effet et à chaque niveau d'intervention ou d'enregistrement des plaintes (mutuelles de santé ou UDMS, Service régional de l'ANACMU, Région médicale ou districts) un comité de gestion sera installé au niveau local pour procéder à la vérification et à l'évaluation des plaintes déposées.

Ce comité comprendra au moins :

- le représentant de l'autorité administrative locale ;
- le chef de service régional ou son représentant ;
- un représentant de l'UCP ;
- le représentant du médecin chef de région ;
- le président de l'union départementale des mutuelles de santé ou son représentant ;
- le représentant du service régional de l'action sociale du MSAS ;
- un représentant de la société civile et
- une (ou des) personne (s) ressource (s) dont l'expertise pourrait être utile dans la résolution de la plainte (un défenseur de la communauté au niveau local et un autre leader communautaire).

A cette étape de la gestion des plaintes, il s'agira d'apporter des éléments détaillés concourant à la satisfaction des plaignants à travers : (i) l'identification des parties impliquées, (ii) la clarification du motif de la plainte, (iii) l'obtention des informations sur les faits pour déterminer la responsabilité, (iv) la discussion et la détermination de l'éventail des solutions possibles consignées dans un rapport succinct d'enquête.

Ce comité devra se réunir tous les trois mois sur convocation de l'autorité administrative locale. Toutes les plaintes seront coordonnées par l'unité de coordination du projet ISMEA en collaboration avec l'ANACMU.

Outre les membres qui composent les comités installés au niveau local, d'autres entités ou personnalités publiques influentes au niveau communautaire pourront être associées dans le processus de gestion des plaintes à chaque fois que de besoin.

Le secrétariat est assuré par l'ANACMU qui doit informer l'autorité administrative locale qui reste la première instance de régulation des conflits au niveau opérationnel.

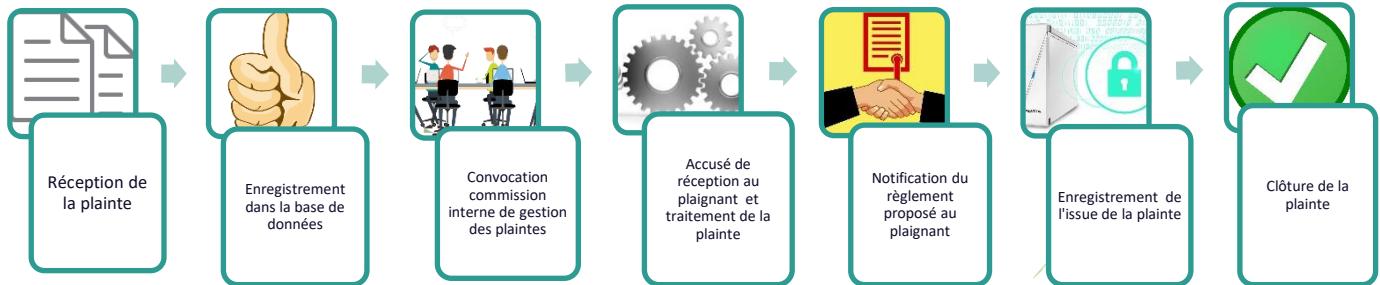
NB : Pour tous les niveaux de traitement des plaintes, le projet ISMEA mettra en place un programme de sensibilisation et de renforcement des capacités à l'intention des membres des différents CGP selon les principes du MGP.

### ⇒ Recours judiciaire

Après un recours au niveau de l'UCP ISMEA, dernière instance de résolution, si le plaignant demeure insatisfait, le projet se retire du processus de gestion à l'amiable.

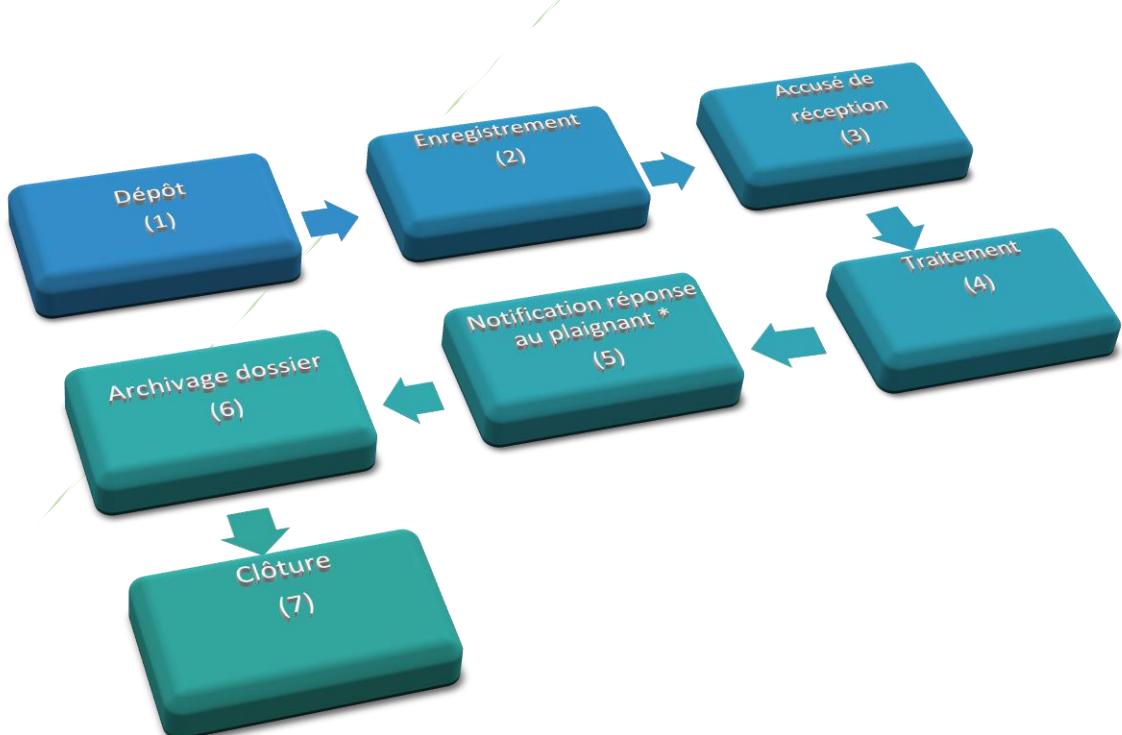
## Schémas illustratifs du MGP ISMEA

### a) Schéma de gestion interne UCP



### b) Schéma de gestion des plaintes

Le dépôt déclenche le MGP et il est de la responsabilité du plaignant ; toutes les autres étapes concernent les CGP, locaux ou départementaux



\*A ce stade, les plaintes éligibles ainsi que celles non recevables sont notifiées aux plaignants ; les seconds ont la possibilité d'introduire un recours qui va suivre le même circuit commençant au dépôt du niveau supérieur.

## 5. SUIVI DES PLAINTES ET REPORTAGE

Toutes les plaintes seront consignées dans des registres dédiés ainsi que dans la base de données y relative et auront un numéro de référence précis. Cela permet de suivre l'état d'avancement du traitement, d'analyser la fréquence des plaintes, leur répartition géographique, les causes des plaintes, ainsi que les tendances récurrentes.

Le registre des plaintes de chaque CGP contiendra les informations suivantes:

- Numéro de référence unique;
- Date de réception de la plainte;
- Endroit où la plainte a été soumise et sous quelle forme;
- Nom et les coordonnées du plaignant (dans le cas d'enquêtes non anonymes);
- Contenu;
- Identification des parties responsables du traitement et de la résolution du problème;
- Dates d'ouverture et d'achèvement du traitement de la plainte;
- Conclusions du traitement ;
- Informations sur les actions correctives proposées à envoyer à la partie initiatrice (sauf si elles étaient anonymes) et la date de la réponse envoyée sur les mesures de réparation;
- Délais pour les actions internes requises du personnel de l'UCP;
- Indication à savoir si une déclaration de satisfaction a été reçue de la personne qui a déposé la plainte, ou un motif de non-résolution ;
- Date de clôture;
- Toutes les actions en suspens pour les plaintes non clôturées ;
- Toute autre information jugée importante.

L'UCP veille à ce que le nom et les coordonnées de l'initiateur d'une plainte ne soient pas divulgués sans son consentement et seule l'équipe travaillant directement sur la plainte aura accès à toutes les informations jugées confidentielles. Ces registres de plaintes permettront d'assurer le suivi et le reportage efficient du MGP ISMEA car ils généreront des statistiques sur les plaintes ainsi que des indicateurs suivants :

- Nombre de plaintes enregistrées ;
- Nombre de plaintes éligibles ;
- Nombre et le pourcentage de plaintes ayant abouti à un accord ;
- Nombre et le pourcentage de plaintes résolues dans le délai prévu par le MGP ;
- Nombre de plaintes non encore résolues à la fin du délai annoncé par le MGP;
- Nombre et le pourcentage de plaintes ayant fait l'objet de recours juridiques ;

## **ANNEXES**

- 1.** Modèle de conventions entre :
  - ACMU et mutuelles de santé dans le cadre de projet
  - ACMU et UDMS dans le cadre de ce projet
- 2.** Modèle de tableau de suivi des prestations de services de santé.
- 3.** Modèles de rapports de suivi détaillés de l'utilisation des décaissements et de la situation de l'enrôlement de la cible du projet par les organisations mutualistes.
- 4.** Fiche de suivi des prestations par niveau de la pyramide sanitaire
- 5.** Modèle de facture de prestations de services de santé.
- 6.** Modèle Lettre de garantie.
- 7.** Modèle Bon de commande de médicaments.
- 8.** Modèle de demande de financement.
- 9.** Modèle de demande de subvention (signée par le PCA de l'UDMS adressée au Directeur général de l'Agence de la CMU annexée des dossiers de demandes individuelles de subvention des mutuelles de santé).
- 10.** Fiche de traitement des opérations UDMS et MS :
- 11.** Listes des mutuelles de santé du département de ..... et leurs références bancaires

## ANNEXE 1 : MODELE DE CONVENTIONS ENTRE :

- ACMU et union départementale dans le cadre de projet
- ACMU et mutuelles de santé dans le cadre de projet



## MINISTERE DU DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DE L'EQUITE SOCIALE ET TERRITORIALE



*Projet de prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes à travers le système d'assurance maladie à base communautaire*

**Convention entre l'Agence de la  
Couverture Maladie Universelle et  
l'Union Départementale des Mutuelles  
de Santé de .....**

**L'Agence nationale pour la Couverture Maladie Universelle**, placée sous la tutelle technique du Ministère du Développement communautaire, de l'Equité sociale et territoriale, dont le siège social est situé à Dakar, Sicap Keur Gorgui lot n°216 Immeuble Elhadji Serigne Mérina Syll, représentée par son Directeur général, Docteur Bocar Mamadou DAFF, ci-après dénommée « l'Agence »

D'une part,

Et

**L'Union départementale des Mutualles de Santé Communautaires de .....**, agréé par arrêté du ....., n° ....., dont le siège social est à ....., représentée par ....., Président du Conseil d'Administration, Carte Nationale d'Identité n°....., ci-après dénommée « l'Union »,

D'autre part,

**Il est préalablement exposé :**

1. Le Programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) constitue une priorité du Gouvernement visant à offrir aux populations une couverture du risque maladie de base à travers les systèmes d'assurance maladie à base communautaire ;
2. Le développement et la promotion des mutualles de santé constituent l'axe prioritaire du Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013- 2017 ;
3. L'initiative pour la gratuité des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq ans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire constitue également un axe du Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013- 2017 ;
4. L'Agence a la responsabilité d'assurer la couverture du risque maladie des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes à travers un système non contributif
5. L'Agence a reçu un financement de la Banque mondiale à travers le projet ISMEA et a développé une stratégie pour la prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes y compris la césarienne à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans le Département de Kédougou ;
6. L'Agence délègue cette responsabilité au réseau des mutualles de santé de Kédougou en enrôlant les cibles dits mutualles ;
7. Vu le Manuel de procédures du Projet de prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes y compris la césarienne à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans le Département de Kédougou qui fait partie intégrante de la présente convention.

**Il est convenu ce qui suit :**

## TITRE PREMIER : DISPOSITIONS GENERALES

### Article premier. - Définitions

Au sens de la présente convention, on entend par :

- **enfant de moins de cinq ans** : enfants de nationalité sénégalaise âgés de 0 à 59 mois ;
- **enrôlement** : l'inscription d'un enfant âgé de moins de 5 ans et d'une femme enceinte dans une mutuelle de santé ;
- **paquet de base** : la prise en charge des services offerts au niveau des postes, des centres de santé et des officines privées dans le cadre de la politique de Couverture Maladie Universelle, est assurée par les mutuelles de santé communautaires ;
- **paquet complémentaire** : la prise en charge des services offerts au niveau des établissements publics de santé et des officines privées, dans le cadre de la politique de Couverture Maladie Universelle, est assurée par l'Union départementale des Mutuelles de Santé (UDMS).

### Article 2.- Objet de la convention

La présente convention définit un cadre de collaboration entre l'Agence de la CMU et l'Union Départementale des Mutuelles de Santé de Kédougou. Elle a pour objet de définir les modalités de prise en charge financière des soins des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes du département, dans le cadre de la politique de Couverture Maladie Universelle.

Elle définit également les règles encadrant la gestion des subventions destinées aux Unions, notamment les modalités de versement et de contrôle administratif, financier et médical.

Enfin, elle définit les modalités de gestion du paquet de base par les mutuelles de santé et du paquet complémentaire par l'Union Départementale.

## TITRE II : LES OBLIGATIONS GENERALES DES PARTIES

### Article 3.- Obligations de l'Agence

L'Agence s'engage à :

1. Appliquer les dispositions du manuel de procédures du projet de prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes y compris en cas de césarienne à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans le Département ;
2. Informer l'Union départementale de toute activité relative à la présente convention et nécessitant sa participation ;
3. Faciliter les relations entre l'Union départementale et les services déconcentrés de l'Etat ;
4. Apporter un appui technique aux administrateurs et gérants de l'Union et des mutuelles de santé intervenant dans le projet ;
5. Suivre le processus de versement par le projet ISMEA des subventions dans les conditions prévues par le manuel de procédures du Projet ;
6. Assurer le contrôle et le suivi de l'exécution de la convention et du respect du manuel de procédures.

### Article 4.- Obligations de l'Union

L'Union des mutuelles de santé s'engage à :

1. Respecter le manuel de procédures du projet de prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes y compris en cas de césarienne à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans le Département de Kédougou;
2. Participer aux réunions organisées par l'Agence, dans le cadre de l'enrôlement des femmes enceintes y compris la césarienne et des enfants âgés de moins de 5 ans ;
3. Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du plan d'action pour l'enrôlement et la prise en charge médicale des femmes enceintes y compris la césarienne et des enfants âgés de moins de 5 ans ;
4. Appuyer le processus d'identification sur le terrain des femmes enceintes y compris la césarienne et des enfants âgés de moins de 5 ans à enrôler dans les mutuelles de santé et à l'établissement des listes de bénéficiaires qui seront validées par l'autorité administrative ;
5. Superviser, en relation avec l'Agence, les opérations d'inscription des femmes enceintes et des enfants âgés de moins 5 ans au niveau des mutuelles de santé ;
6. Veiller au respect des droits des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de 5 ans inscrits dans les mutuelles et à la protection des données à caractère personnel ;
7. Sortir tout bénéficiaire atteint par la limite d'âge (59 mois) ou en fin de grossesse ;
8. Produire, selon une périodicité définie par l'Agence, des statistiques sur la prise en charge des bénéficiaires ;
9. Sensibiliser les bénéficiaires à poursuivre leur affiliation une fois sortie de la cohorte ;
10. Participer aux activités de communication et de sensibilisation.

### **TITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX SUBVENTIONS**

#### **Article 5.- Objet des subventions**

L'Agence à travers le Projet ISMEA financé par la Banque Mondiale, accorde une subvention aux mutuelles de santé et à l'Union, pour la prise en charge financière des soins des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de 5 ans.

#### **Article 6.- Montant et composition de la subvention.**

Le montant des subventions est calculé comme suit :

##### **➤ Enfants âgés de moins de cinq ans**

Sept mille (7.000) francs CFA, suivant les paramètres du DECAM et de l'expérience pilote de Kaffrine, représentant la cotisation annuelle versée pour la prise en charge du paquet de base et du paquet complémentaire. Cette cotisation est ainsi répartie : les 3.500 FCFA sont destinés aux mutuelles de santé pour la prise en charge du paquet de base (prestations auprès des postes de santé, centres de santé et officines) et les autres 3.500 FCFA aux unions départementales.

**NB :** Les enfants âgés de moins de cinq ans sont directement affiliés aux mutuelles de santé et sont entièrement pris en charge. Cependant, ils payent le ticket modérateur des prestations non prises en charge dans le cadre de l'initiative de gratuité. Les enfants sont exonérés des droits d'adhésion.

## ➤ Femmes enceintes

La subvention de la cotisation annuelle est de sept mille (7.000) F CFA pour les femmes enceintes. Les 3.500 F CFA sont destinées aux mutuelles de santé. Les autres 3.500 FCFA sont répartis ainsi : les 75% sont destinés à l'Union départementale prenant en charge le paquet complémentaire y compris la césarienne et les 25% aux mutuelles de santé communautaire pour renforcer la prise en charge du paquet de base y compris la césarienne).

**NB :** La femme enceinte est exonérée des droits d'adhésion.

Les dépenses de fonctionnement vont représenter 5% du montant de la subvention annuelle des unions départementales et des mutuelles de santé.

## **Article 7.- Procédures de demande de versement des subventions**

Les demandes de subventions seront envoyées à l'Agence suivant le circuit défini dans le manuel de procédures du Projet.

L'Union doit centraliser les demandes de subventions faites dans le cadre de la présente convention. Ces demandes doivent être séparées de celles faites pour les autres types de subventions.

## **Article 8.- Répartition des subventions**

La répartition des subventions est assurée par l'Agence sur la base des données et dossiers de demande d'appel de fonds fournis par les structures mutualistes.

Le projet ISMEA verse les fonds directement aux mutuelles de santé communautaires et à l'union départementale.

# **TITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES BENEFICIAIRES**

## **Article 9.- Gestion du paquet de base**

L'Union doit assister les mutuelles de santé communautaires dans la gestion du paquet. A ce titre, elle doit veiller à ce que chaque mutuelle de santé communautaire :

1. Délivre une carte individuelle à chaque bénéficiaire (femmes enceintes et enfants âgés de moins de 5 ans enrôlés) ;
2. Facilite le recours des bénéficiaires aux prestations et informe les prestataires sur les dispositions particulières à cette cible ;
3. Garantit le respect des droits des bénéficiaires enrôlés, notamment l'égal accès aux prestations, l'éligibilité dans les organes de la mutuelle de santé et la protection de leurs données personnelles ;
4. Signe des conventions de prestations de soins avec les postes les plus proches ;
5. Paie régulièrement les factures aux postes de santé conventionnés.

## **Article 10.- Gestion du paquet complémentaire**

La gestion du paquet complémentaire est assurée par l'Union. A ce titre, elle doit :

1. Veiller au respect des procédures pour bénéficier des prestations du paquet complémentaire et les modalités de remboursement des factures ;
2. Signer des conventions de prestations avec les établissements publics de santé et les officines privées ;

3. Faciliter aux bénéficiaires le recours aux prestations et informer les prestataires sur les dispositions particulières aux personnes enrôlées ;
4. Payer les factures des prestations des établissements publics de santé et des officines privées ;
5. Rendre compte aux mutuelles de santé de la gestion du paquet complémentaire.

Pour bénéficier des prestations du paquet complémentaire, les bénéficiaires enrôlés dans les mutuelles de santé doivent être référencés par une structure de santé (poste ou centre de santé) ou être admis en urgence.

## **TITRE V : SUIVI, EVALUATION ET CONTROLE.**

### **Article 11.- Suivi de l'exécution de la convention**

Pour une meilleure mise en œuvre de la convention, il est mis en place un comité de suivi chargé de contrôler l'effectivité des prestations et de la conformité des factures.

Le comité se réunit tous les trois (3) mois et est composé des représentants :

- des organisations mutualistes ;
- de l'Agence nationale pour la CMU ;
- des districts sanitaires ;
- des Comités de développement sanitaire.

### **Article 12.- Réunion annuelle d'évaluation**

Le Service régional de l'ANACMU, l'Union et les prestataires de soins tiennent chaque année une réunion d'évaluation de la mise en œuvre dudit projet en présence du niveau central et de l'équipe projet ISMEA.

A l'issue de la réunion annuelle d'évaluation, le Service régional de l'ANACMU et l'Union produisent un rapport d'évaluation de la prise en charge des cibles du projet.

### **Article 13.- Contrôles administratifs et financiers**

Les opérations administratives et financières relatives à l'exécution de la présente convention sont soumises à la vérification des corps de contrôle de l'Etat.

Les structures de la Banque Mondiale peuvent contrôler toutes les opérations rentrant dans le cadre de la présente convention.

A tout moment, l'Agence a la possibilité de procéder à des vérifications par ses propres services ou organiser un audit externe.

## **TITRE VI : DISPOSITIONS DIVERSES**

### **Article 14.- Durée de la convention**

La présente convention prend effet à partir de la date de signature et demeurera valable jusqu'à la fin du Projet ISMEA.

Les parties peuvent, par accord express, continuer la relation contractuelle si l'Agence de la CMU ou un autre Bailleur de fonds prend le relais de la Banque Mondiale.

## **Article 15.- Modification et suspension**

La convention peut faire l'objet de modification par accord entre les parties. La partie qui en prend l'initiative doit adresser à l'autre un projet de modification.

La suspension totale ou partielle peut être décidée par l'ANACMU.

## **Article 16.- Règlement des différends**

Les litiges qui surviennent dans l'exécution de la présente convention seront soumis aux juridictions compétentes lorsqu'un accord à l'amiable n'est pas obtenu entre les parties.

## **Article 17.- Entrée en vigueur.**

La présente convention entre en vigueur à sa date de signature.

**Fait à Dakar, le Janvier 2022, en deux (2) exemplaires.**

**Le Directeur Général l'Agence de la  
Couverture Maladie Universelle  
Dr Bocar Mamadou DAFF**

# Le Président de l'Union Départementale des Mutuelles de Santé de



*Un Peuple – Un But – Une Foi*

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



*Projet de prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes à travers le système d'assurance maladie à base communautaire*

**Convention entre l'Agence de la  
Couverture Maladie Universelle et la  
Mutuelle de Santé de .....**

**L'Agence de la Couverture Maladie Universelle**, personne morale de droit public, placée sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, dont le siège social est situé à Dakar Sicap keur gorgui lot 216 Immeuble Elhadji Serigne Mérina Syll Tél : 33.859.15.15, représentée par son Directeur général Docteur Bocar Mamadou DAFF, ci-après dénommée « l'Agence »

d'une part,

**Et**

**La mutuelle de santé.....**, organisation à but non-lucratif, dont le siège social est à ....., représentée par Monsieur/Madame ....., Président (e) du Conseil d'Administration, Carte Nationale d'Identité numéro ..... : ci-après dénommée « mutuelle de santé »

d'autre part,

**Il est préalablement exposé :**

1. Le Programme de Couverture Maladie Universelle constitue une priorité du Gouvernement visant à offrir aux populations une couverture du risque maladie de base à travers les systèmes d'assurance maladie à base communautaire ;
2. Le développement et la promotion des mutuelles de santé constituent l'axe prioritaire du Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013- 2017 ;
3. L'initiative pour la gratuité des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq ans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire constitue également un axe du Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013- 2017 ;
4. L'Agence de la CMU, avec l'appui du projet ISMEA (Banque Mondiale) a développé une stratégie pour la prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes y compris la césarienne à travers le système d'assurance maladie à base communautaire ;
5. Vu le Manuel de procédures du Projet de prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes y compris la césarienne à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans la mutuelle de santé de..... **qui fait partie intégrante de la présente convention.**

**Il est convenu ce qui suit :**

## **TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES**

**Article premier. - Définitions**

**Enfant de moins de cinq ans** : enfants de nationalité sénégalaise âgés de 0 à 59 mois.

**Enrôlement** : l'inscription d'un enfant âgé de moins de 5 ans et d'une femme enceintes dans une mutuelle de santé.

**Paquet de base** : la prise en charge des services offerts au niveau des postes, des centres de santé et des officines privées dans le cadre de la politique de Couverture Maladie Universelle, est assurée par les mutuelles de santé communautaires.

## **Article 2.- Objet de la convention**

La présente convention définit un cadre de collaboration entre l'Agence de la CMU et la mutuelle de santé .....

Elle a pour objet de définir les modalités de prise en charge financière des soins des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes, dans le cadre de la politique de Couverture Maladie Universelle.

Elle définit également les règles encadrant la gestion des subventions destinées aux mutuelles de santé, notamment les modalités de versement et de contrôle administratif, financier et médical.

Enfin, elle définit les modalités de gestion du paquet de base par les mutuelles de santé.

## **TITRE II : LES OBLIGATIONS GENERALES DES PARTIES**

### **Article 3.- Obligations de l'Agence**

L'Agence s'engage à :

1. Appliquer les dispositions du manuel de procédures du projet de prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes y compris la césarienne à travers le système d'assurance maladie à base communautaire dans le Département ;
2. Informer la mutuelle de santé à travers l'union départementale de toute activité relative à la présente convention et nécessitant sa participation ;
3. Apporter un appui technique aux administrateurs et gérants de la mutuelle de santé intervenant dans le projet ;
4. Suivre le processus de versement par le projet ISMEA des subventions dans les conditions prévues par le manuel de procédures du Projet ;
5. Assurer le contrôle et le suivi de l'exécution de la convention et du respect du manuel de procédures.

### **Article 4.- Obligations de la mutuelle de santé**

La mutuelle de santé s'engage à :

6. Respecter le manuel de procédures du projet de prise en charge financière des soins de santé des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes à travers le système d'assurance maladie à base communautaire ;
7. Participer aux réunions organisées par l'Agence, dans le cadre de l'enrôlement des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes ;
8. Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du plan d'action pour l'enrôlement et la prise en charge financière des soins des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes ;
9. Appuyer le processus d'identification sur le terrain des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes à enrôler dans la mutuelle de santé ;
10. Veiller au respect des droits des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de 5 ans inscrits dans la mutuelle et à la protection des données à caractère personnel ;
11. Produire, chaque trimestre des statistiques sur la prise en charge des bénéficiaires ;
12. Mener des activités de communication et de sensibilisation envers les cibles du projet.

## **TITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX SUBVENTIONS**

### **Article 5.- Objet des subventions**

L'Agence à travers le Projet ISMEA financé par la Banque Mondiale, accorde une subvention à la mutuelle de santé, pour la prise en charge financière des soins des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes y compris la césarienne.

### **Article 6.- Montant et composition de la subvention.**

Le montant des subventions est calculé comme suit :

#### **➤ Enfants âgés de moins de cinq ans**

Sept mille (7.000) francs CFA, suivant les paramètres du DECAM et de l'expérience pilote de Kaffrine, représentant la cotisation annuelle versée pour la prise en charge du paquet de base et du paquet complémentaire. Cette cotisation est ainsi répartie : les 3.500 FCFA sont destinés aux mutuelles de santé pour la prise en charge du paquet de base (prestations auprès des postes de santé, centres de santé et officines) et les autres 3.500 FCFA aux unions départementales.

**NB :** Les enfants âgés de moins de cinq ans sont directement affiliés aux mutuelles de santé et sont entièrement pris en charge. Cependant, ils payent le ticket modérateur des prestations non prises en charge dans le cadre de l'initiative de gratuité. Les enfants sont exonérés des droits d'adhésion.

#### **➤ Femmes enceintes**

La subvention de la cotisation annuelle est de sept mille (7.000) F CFA pour les femmes enceintes. Les 3.500 F CFA sont destinées aux mutuelles de santé. Les autres 3.500 FCFA sont répartis ainsi : les 75% sont destinés à l'Union départementale prenant en charge le paquet complémentaire y compris la césarienne<sup>9</sup> et les 25% aux mutuelles de santé communautaire pour renforcer la prise en charge du paquet de base y compris la césarienne).

**NB :** La femme enceinte est exonérée des droits d'adhésion.

Les dépenses de fonctionnement vont représenter 5% du montant de la subvention annuelle des unions départementales et des mutuelles de santé.

### **Article 7.- Procédures de demande de versement des subventions**

La demande de subvention sera envoyée à l'union département qui à son tour l'envoie à l'Agence à travers le service régional de la CMU (Cf manuel de procédures du Projet).

Cette demande doit être séparée de celle faite pour les autres types de subventions.

### **Article 8.- Répartition des subventions**

<sup>9</sup> En se basant sur les paiements des cas de césarienne déjà effectués par l'Agence de la CMU entre 2018 et 2019, les EPS représentent 75% de ces paiements et les centres de santé 25%.

La réparation des subventions est assurée par l'Agence sur la base des données et dossier de demande d'appel de fonds fournis par la mutuelle de santé.

Le projet ISMEA verse les fonds directement à la mutuelle de santé communautaire.

## **TITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES BENEFICIAIRES**

### **Article 9.- Gestion du paquet de base**

La mutuelle de santé doit :

1. Délivrer une carte individuelle à chaque bénéficiaire (femmes enceintes et enfants âgés de moins de 5 ans enrôlés) ;
2. Faciliter le recours des bénéficiaires aux prestations et informe les prestataires sur les dispositions particulières à cette cible ;
3. Garantir le respect des droits des bénéficiaires enrôlés, notamment l'égal accès aux prestations, l'éligibilité dans les organes de la mutuelle de santé et la protection de leurs données personnelles ;
4. Signer des conventions de prestations de soins avec les postes, centres santé et officines privées ;
5. Payer régulièrement les factures aux postes de santé, centre santé et officines privées conventionnés.

## **TITRE V : SUIVI, EVALUATION ET CONTROLE.**

### **Article 10.- Suivi de l'exécution de la convention**

Elle doit informer l'Agence, dans un délai de 48 h, de tous les manquements notés et répondre dans un délai de dix (10) jours ouvrables à toute requête de l'Agence visant à obtenir des informations sur les conditions d'exécution de la présente convention.

La mutuelle de santé doit participer aux réunions de suivi de la mise en œuvre de la convention au moins deux fois par année (semestriel) pour s'assurer de sa bonne exécution.

### **Article 11.- Contrôles administratifs et financiers**

Les opérations administratives et financières relatives à l'exécution de la présente convention sont soumises à la vérification des corps de contrôle de l'Etat.

Les structures de la Banque Mondiale peuvent contrôler toutes les opérations rentrant dans le cadre de la présente convention.

A tout moment, l'Agence a la possibilité de procéder à des vérifications par ses propres services ou organiser un audit externe.

## **TITRE VI : DISPOSITIONS DIVERSES**

### **Article 12.- Durée de la convention**

La présente convention prend effet à partir de la date de signature et demeurera valable jusqu'à la fin du Projet ISMEA.

Toutefois, les parties peuvent, par accord express, continuer la relation contractuelle si l'Agence de la CMU ou un autre Bailleur de fonds prend le relais de la Banque Mondiale.

### **Article 13.- Modification et suspension**

La convention peut faire l'objet de modification par accord entre les parties. La partie qui en prend l'initiative doit adresser à l'autre un projet de modification.

La suspension doit être précédée d'une mise en demeure servie à l'Agence. Le délai de mise en demeure est d'un (1) mois à compter de la réception par l'Agence.

### **Article 14.- Règlement des différends**

Les litiges qui surviennent dans l'exécution de la présente convention seront soumis aux juridictions compétentes lorsqu'un accord à l'amiable n'est pas obtenu entre les parties.

### **Article 15.- Entrée en vigueur.**

La présente convention entre en vigueur à sa date de signature.

**Fait à Dakar, le**

**Janvier 2022, en deux (2) exemplaires.**

**Ont signé :**

**Le Directeur Général l'Agence de la  
Couverture Maladie Universelle  
Bocar Mamadou DAFF**

**Le Président de la Mutuelle de Santé .....**

## ANNEXE 2 : MODELE DE TABLEAU DE SUIVI DES PRESTATIONS DE SERVICES DE SANTE

Région de : .....

Département de: Commune de:.....

Mutuelle de santé de :.....

### FICHE DE SUIVI PAR PRESTATION

	Janvier		fevrier		Mars		Avril		Mai		Juin		Juillet		Août		Septembre		Octobre		Novembre		Décembre		Total	
	Nom bre de cas	C oû t	Nombr e de cas	C oû t	Nombr e de cas	C oû t	No mbr e de cas	C oû t	Nombr e de cas	C oû t	Total															
Consultation primaire curative																										
Consultation pré-natale																										
Consultation post natale																										
Planification familiale																										
Hospitalisations																										
Accouchement simple																										
Médicaments IB																										
<b>Médicaments de spécialités</b>																										
Analyse																										
Radiologie																										
Autres à préciser																										

**ANNEXE 3 : MODELES DE RAPPORTS DE SUIVI  
DETAILLES DE L'UTILISATION DES DECAISSEMENTS ET  
DE LA SITUATION DE L'ENROLEMENT DE LA CIBLE DU  
PROJET PAR LES ORGANISATIONS MUTUALISTES.**



**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**

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



*Projet de prise en charge financière des soins de santé des  
enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes  
(y compris celles ayant subi la césarienne) à travers le système  
d'assurance maladie à base communautaire*

**RAPPORT DE SUIVI**

**ANNÉE : .....**

**TRIMESTRE : .....**

**RÉGION : .....**

**DÉPARTEMENT** : .....

## **PLAN DE PRÉSENTATION**

### **INTRODUCTION**

- I) NIVEAU D'ENRÔLEMENT DES CIBLES DU PROJET**
- II) NIVEAU D'UTILISATION DES RESSOURCES DÉCAISSEES**
- III) POINTS FORTS/ACQUIS**
- IV) PROBLÈMES RENCONTRÉS ET SOLUTIONS PRÉCONISÉES**
- V) RECOMMANDATIONS**
- VI) PERSPECTIVES**

### **CONCLUSION**

### **ANNEXES**

## **INTRODUCTION**

Rappeler le contexte de mise en œuvre du projet au niveau du département et ses enjeux au trimestre concerné.

Annoncer les points saillants du rapport et le plan d'analyse des résultats présentés.

### **I) NIVEAU D'ENRÔLEMENT DES CIBLES DU PROJET**

**Tableau 1 : Présentation du niveau d'enrôlement des cibles au trimestre ...**

**REGION : .....**

DÉPARTEMENT	MUTUELLES DE SANTÉ	NOMBRE D'ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 5 ANS ENRÔLÉS DANS LES MS	NOMBRE D'ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 5 ANS PRIS EN CHARGE	NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES ENRÔLÉES DANS LES MS	NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES PRISES EN CHARGE	NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES AYANT SUBI UNE CÉSARIENNE
1						
2						
3						
4						
5						
<b>TOTAL</b>						

Analyse succincte des principaux résultats enregistrés et repris plus bas

#### **A. Analyse du niveau d'enrôlement des cibles des mutuelles de santé au trimestre ...**

- Le nombre total de bénéficiaires des mutuelles de santé communautaires au trimestre est de ...
- Le nombre total d'enfants âgés de moins de cinq ans enrôlés dans les mutuelles de santé communautaires est de ...

- Le nombre total d'enfants de moins de cinq ans enrôlés bénéficiant effectivement des prestations des mutuelles de santé communautaires est de ...
- 

- Le nombre total de femmes enceintes enrôlées dans les mutuelles de santé communautaires est de ...
  - Le nombre total de femmes enceintes enrôlées bénéficiant effectivement des prestations des mutuelles de santé communautaires est de ...
  - Le nombre total de femmes enceintes enrôlées ayant subi une césarienne par les mutuelles de santé communautaires est de ...
  - Le nombre total de femmes enceintes enrôlées ayant subi une césarienne à travers les UDMS est de ...
- 

Analyse succincte des principaux résultats enregistrés

## II) NIVEAU D'UTILISATION DES RESSOURCES DÉCAISSEES

**Tableau 2 : Présentation des ressources encaissées par les MS au trimestre ...**

**DEPARTEMENT : .....**

DEPARTEMENT	MUTUELLES DE SANTE	Total cotisations attendues (FCFA)	Total cotisations perçues (FCFA)	Total subventions reçues dans le cadre du projet ISMEA au trimestre (FCFA)	Total subventions reçues dans le cadre du projet ISMEA au trimestre (FCFA)	Total autres subventions reçues (Etat et autres) en FCFA	Montant en caisse (FCFA)	Totale Banque (FCFA)
1								
2								
3								
4								
	<b>TOTAL</b>							

**Tableau 3 : Présentation des subventions reçues par les MS dans le cadre du projet au trimestre ...**

**DEPARTEMENT : .....**

DEPARTEMENT	MUTUELLES DE SANTE	Total subventions (0-5ans) reçues dans le cadre du projet ISMEA au trimestre (FCFA)	Total subventions (Femmes enceintes) reçues dans le cadre du projet ISMEA au trimestre (FCFA)	Montant total de la subvention (FCFA)
1				
2				
3				
4				
	<b>TOTAL</b>			

**Tableau 4 : Présentation du niveau d'utilisation des ressources financières par les mutuelles de santé ...**

**DEPARTEMENT : .....**

<b>Département</b>	<b>Mutuelles de santé</b>	Total des dépenses de santé des enfants âgés de moins de 5 ans (FCFA)	Total des dépenses de santé des femmes enceintes (FCFA)	Total des dépenses de santé des femmes enceintes ayant subi la césarienne (FCFA)	Total des dépenses de santé des autres bénéficiaires de la MS (FCFA)	Total des charges de fonctionnement (FCFA)	Total des dettes de prestations (FCFA)
1							
2							
3							
4							
5							
<b>TOTAL</b>							

**Tableau 5 : Présentation de quelques indicateurs traceurs sur d'utilisation des ressources et des services au niveau des mutuelles de santé au trimestre ...**

**DEPARTEMENT : .....**

MUTUELLE DE SANTE	Taux de sinistralité	Ratio de liquidité immédiate	Taux d'utilisation des services par niveau de la pyramide sanitaire			
			Au niveau centre de santé	Au niveau poste de santé	Au niveau case de santé	Autres
1						
2						
3						
4						
5						
<b>TOTAL</b>						

Analyse succincte des principaux résultats enregistrés dans le cadre de la situation financière des MS (aussi bien les ressources perçues que les charges)

- Taux d'utilisation des services au niveau centre de santé = .....
- Taux d'utilisation des services au niveau poste de santé = .....
- Taux d'utilisation des services au niveau case de santé et sites communautaires = .....

**Tableau 6 : Présentation des ressources encaissées par les UDMS de la région**

**REGION : .....**

DÉPARTEMENT	Total cotisations attendues (FCFA)	Total cotisations perçues (FCFA)	Total subventions par le projet ISMEA au trimestre (FCFA)	Total subvention TM césarienne par le projet ISMEA au trimestre (FCFA)	Total autres subventions reçues (Etat et autres) en FCFA	Montant en caisse (FCFA)	Total en Banque (FCFA)
<b>TOTAL</b>							

**Tableau 7 : Présentation du niveau d'utilisation des ressources par les UDMS de la région**

**REGION : .....**

DEPARTEMENT	Total des dépenses de santé des enfants de moins de 5 ans (FCFA)	Total des dépenses de santé des femmes enrôlées (FCFA)	Total des dépenses de santé des femmes enrôlées ayant subi une césarienne (FCFA)	Total des dépenses de santé des autres bénéficiaires de la MS (FCFA)	Total des charges de fonctionnement (FCFA)	Total des dettes de prestations (FCFA)
<b>TOTAL</b>						

Analyse succincte des principaux résultats enregistrés dans le cadre de la situation financière des UDMS (aussi bien les ressources perçues que les charges)

- Taux de sinistralité au niveau département (par département) = ....
- Taux de sinistralité au niveau région = ....
- Taux d'utilisation des services au niveau EPS = ...

**III) POINTS FORTS / ACQUIS**

*Citer les points forts identifiés dans l'exécution des activités du trimestre (de la manière la plus explicite possible)*

**IV) PROBLEMES RENCONTRÉS ET SOLUTIONS RÉCONISÉES**

**Tableau 8 : Plan de résolution des problèmes au trimestre ...**

MUTUELLES DE SANTÉ	PROBLÈMES RENCONTRÉS / CONTRAINTES	CAUSES PROBABLES	SOLUTIONS PRÉCONISÉES	ÉCHANCIER DE MISE EN ŒUVRE	RESSOURCES NÉCESSAIRES	PARTIES PRENANTES
Nom Mutuelle	<u>Exemple</u> : le faible niveau d'enrôlement des enfants de 0-5 ans dans les MS	Insuffisance de la communication dédiées aux parents et/ou gardiens d'enfants	Multiplier les activités de communication de proximité dédiées aux parents et/ou gardiens d'enfants (10 causeries par mois et VAD)	Du 1 <sup>er</sup> au 30 avril 2019	Collation de 2000 par causerie (10 par mois)	Toutes les MS et l'UDMS, Partenaires intervenant dans la région

## **V) RECOMMANDATIONS**

Tirer les principales recommandations dans l'exécution des activités durant la période concernée par le rapport (de la manière la plus explicite possible)

## **VI) PERSPECTIVES**

Définir les perspectives pour le trimestre suivant (de la manière la plus explicite possible)

## **CONCLUSION**

## ANNEXE 4 : FICHE DE SUIVI DES PRESTATIONS PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Région

de:.....  
.....

Département de: .....

Commune de:.....

Mutuelle de santé:.....

Type de structures (Case, poste ou centre de santé)	Nom de la structure	Janvier		Fevrier		Mars		Avril		Mai		Juin		Juillet		Août		Septembre		Octobre		Novembre		Décembre		Total	
		Nombre de cas	Coût																								

## **ANNEXE 5 : MODELE DE FACTURE DE PRESTATIONS DE SERVICES DE SANTE.**

## FACTURE DU PRESTATAIRE

Arrêté la présente facture à la somme de : (en lettres) :

.....

### Signature et cachet du prestataire

## ANEXE 6 : MODELE LETTRE DE GARANTIE ET ATTESTATION DE SOINS.

### LETTRE DE GARANTIE

Mutuelle de santé de..... Union départementale..... ..... Lettre de garantie N° .....	Mutuelle de santé de..... Union départementale..... ..... Lettre de garantie N° .....	Mutuelle de santé de..... Union départementale..... ..... Lettre de garantie N° .....
Souche	Volet I. Garantie	Volet II. Attestation de soin
Lieu..... ..... Prénom et nom de l'adhérent..... ..... N° Adhérent ..... ...	A ..... Conformément à la convention signée entre votre structure et la mutuelle de santé, je vous prie de prendre en charge le bénéficiaire identifié ci-dessous et de nous envoyer la facture accompagnée du volet attestation de soins ..... Nom du bénéficiaire..... ..... Code bénéficiaire..... ..... Date de naissance..... ..... Sexe..... ..... Adresse..... ..... Date..... .....	Nom du bénéficiaire..... ..... Code bénéficiaire..... ..... Patient référé à l'hôpital (OUI) ; (NON) Prestations fournies : 1..... ..... 2..... ..... 3..... ..... 4..... ..... Coût total des prestations..... Montant payé/bénéficiaire..... Montant à payer/ la mutuelle..... Date..... ..... <u>Signature et cachet de la mutuelle</u>
		<u>Signature et cachet du prestataire</u>

<b><u>Signature et cachet de la mutuelle</u></b>		
--	--	--

### ATTESTATION DE SOINS

<b>Mutuelle de santé de :</b> .....	<b>Prénom et Nom du bénéficiaire:</b> .....		
Code ..... Age: ..... Sexe: .....			
<b>PRESTATIONS DE LA FORMATION SANITAIRE</b>			
<b>Date</b>	<b>Nature prestations</b>	<b>Montant payé par le malade</b>	<b>Montant facturé à la mutuelle</b>
	<b>Total</b>		
<b>Total facturé à la Mutuelle de santé (en lettres):</b> .....			

**Signature et cachet du prestataire**

## ANNEXE 7 : MODELE BON DE COMMANDE DE MEDICAMENTS.

### BON DE COMMANDE POUR MEDICAMENTS

SPECIALITE



GENERIQUE

<p>Mutuelle de santé de : ..... Date .....</p> <p>Pharmacie : .....</p> <p>Bénéficiaire : .....</p> <p>Code .....</p> <p>Age: .....</p> <p>Sexe: .....</p> <p>Participant :</p> <p>Prescripteur :</p>			
Quantité	Désignation	Prix Unitaire	TOTAL
	<b>Total</b>		
<b>Montant à payer : 50 % ou 80 %</b>	<b>Montant à facturer</b>		
	<b>TOTAL GENERAL</b>		

NB : 80 % si générique

Arrêté le présent bon à la somme de (en lettres) : .....

Signature et cachet du prestataire

## ANNEXE : 8 MODELE DE DEMANDE DE FINANCEMENT.



REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple-Un But-Une Foi

N° ...../MDCEST/ANACMU/SG/DAF/DO

### Ministère du développement Communautaire de l'Equité Socialet et Territoriale

Dakar, le.....



## Le Directeur Général

**Objet** : Requête de financement pour la prise en charge médicale des enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans les structures mutualistes du département de .....

**M. ou Mme**.....,

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'intégration des enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans les structures mutualistes du département de ....., je vous soumets pour financement cette requête d'un montant de ..... (.....) francs CFA.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, je vous prie d'agréer, ..... , l'assurance de ma considération distinguée.

*Au*

.....  
**Coordonnateur du Projet ISMEA / Banque Mondiale**  
**DAKAR**

**Pièces jointes** :

- Termes de référence
- Demande subvention organisation mutualiste

## ANNEXE 9 : MODELE DE DEMANDE DE PAIEMENT :

**Région de .....** le .....

**Département de .....**

**UDMS de .....** ;

**Téléphone :**

**Adresse e-mail :**

### **Objet : Demande de subventions / versement période du ... au**

A Monsieur le Directeur Général de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle

Monsieur le Directeur général,

Conformément à la convention conclue entre l'Agence de la Couverture Maladie Universelle et l'Union Départementale des Mutuelles de Santé de ....., nous demandons le versement des subventions au titre de la période du ..... au ..... de l'année .....

A la date du ....., le nombre de bénéficiaires effectivement enrôlés dans les mutuelles de santé du département est de ..... ( ..... ).

(Voir état récapitulatif).

En conséquence, l'Union Départementale des Mutuelles de Santé de ....., demande le paiement total d'un montant de ..... au titre des subventions de l'année 202....

Veuillez accepter, Monsieur le Directeur général, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président du Conseil d'Administration de l'Union

**(Signature - cachet)**

## ANNEXE 10 : FICHE DE TRAITEMENT DES OPERATIONS UDMS ET MS :

### FICHE DE TRAITEMENT DES OPERATIONS UDMS

UNION DEPARTEMENTALE DES MUTUELLES DE SANTE DE .....

STRUCTURE BENEFICIAIRE : .....

	<b>EPS</b>
	<b>OFFICINE</b>
	<b>AUTRES</b>

(Mettez une croix sur la case correspondante)

NATURE DE LA DEPENSE :

.....  
.....  
.....

MONTANT DE LA DEPENSE EN CHIFFRES :

.....  
.....  
.....

LE TRESORIER

LE GERANT

LE PCA

## FICHE DE TRAITEMENT DES OPERATIONS MS

**UNION DEPARTEMENTALE DES MUTUELLES DE SANTE DE .....** ;

**COMMUNE DE :** .....

**MUTUELLE DE SANTE DE :** .....

**STRUCTURE BENEFICIAIRE :** .....

	<b>POSTE DE SANTE</b>
	<b>CENTRE DE SANTE</b>
	<b>OFFICINE</b>
	<b>AUTRES</b>

**NATURE DE LA DEPENSE :**

.....  
.....  
.....

**MONTANT DE LA DEPENSE EN CHIFFRES :**

.....

**MONTANT DE LA DEPENSE EN LETTRES :**

.....  
.....  
.....

**LE TRESORIER**

**LE GERANT**

**LE PCA**

## ANNEXE 11 : LISTES DES MUTUELLES DE SANTE ET LEURS REFERENCES BANCAIRES

N°	Mutuelle de santé	Numéro Compte Bancaire	Banque	Co- signataires	Fonction
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					