



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi



MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



**AGENCE DE LA
COUVERTURE MALADIE
UNIVERSELLE**

GUIDE DE SUPERVISION DES ORGANISATIONS MUTUALISTES

Septembre 2018

Avec l'appui de :



SOMMAIRE

<i>Partie 1 : PARTIE INTRODUCTIVE</i>	<i>5</i>
I. INTRODUCTION	5
II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	6
2.1 Destinataires du guide	7
2.2 Acteurs à superviser :	7
<i>Partie 2 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU GUIDE</i>	<i>8</i>
I. PROCESSUS D'ELABORATION DU GUIDE ET ACTEURS	8
II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA SUPERVISION	9
<i>Partie 3 : SUPERVISION DES MUTUELLES DE SANTE</i>	<i>15</i>
I. VOLET ADMINISTRATIF.....	15
II. VOLET TECHNIQUE.....	20
2.1 Gestion des adhésions	20
2.2 Gestion des cotisations.....	22
III. VOLET FINANCIER DES MUTUELLES DE SANTE.....	27
<i>Partie 4 : SUPERVISION UNION DE MUTUELLES.....</i>	<i>32</i>
I. VOLET ADMINISTRATIF.....	32
II. VOLET TECHNIQUE :.....	36
III. VOLET FINANCIER	39
<i>N°1. GRILLE DE SUPERVISION MUTUELLE DE SANTE</i>	<i>44</i>
<i>N°2. GRILLE DE SUPERVISION UNION DE MUTUELLES.....</i>	<i>54</i>
<i>Partie 5 : ANNEXES.....</i>	<i>68</i>

Préface :

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

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

La création de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle, à travers le décret 2015-21 du 07 janvier 2015, marque une étape phare dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la CMU, dont l'axe principal constitue la promotion et le développement des mutuelles de santé. Pour améliorer le dispositif de gestion, de suivi-évaluation, ainsi que le renforcement de la professionnalisation des organisations mutualistes, il était nécessaire d'élaborer un guide de supervision.

Ce guide comprend une partie introductive qui rappelle le contexte et la justification, une partie sur la méthodologie d'élaboration du document, deux autres parties portant respectivement sur la supervision des mutuelles de santé et unions de mutuelles, et une dernière partie sur les annexes.

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

A ce titre, j'exhorte tous les acteurs à se l'approprier et à l'utiliser pour l'atteinte des objectifs de la CMU.

Je voudrais réitérer ma profonde gratitude aux partenaires techniques et financiers pour l'excellente contribution qu'ils ont apportée à ce processus, sans oublier les mutualistes et les prestataires de soins, pour leur engagement constant à accompagner la mise en œuvre du programme de Couverture Maladie Universelle.

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

Comité de rédaction

- M. Serigne DIOUF Directeur de l'Assurance Maladie
- M. Mamadou MBAYE, Conseiller du Directeur général de l'Agence de la CMU
- M. Ibrahima TOURE, Chef de la Division Réglementation et Suivi des Mutuelles de santé
- M. Magor SOW, Chef de Division Promotion des Mutuelles de santé
- Mme Marie Thérèse Rose NDIAYE, Chef de la Division Prise en charge des indigents et groupes vulnérables
- Mme Ndeye Maguette GUEYE NDIAYE, Chef de la Division du Suivi et de l'évaluation
- M. Papa Senghane GNINGUE, Conseiller en assurance maladie/Abt USAID
- M. Justin TINE, Conseiller en financement de la santé/Abt USAID
- Saliou DIOUF, Conseiller en gestion administrative et financière/ACA
- M. Abdoulaye BA, Conseiller en assurance maladie/Abt USAID
- M. Ousseynou DIOP, Chef de bureau à la Division Promotion des Mutuelles de santé
- Mlle Adja Ndack DIOP, Chef de bureau à la Division Promotion des Mutuelles de santé
- Mme Fatoumata BALDE, Chef de bureau à la Division des études et recherches
- M. Demba Mame NDIAYE, Président de l'UNAMUSC

Ont participé à la rédaction

- M. Ibrahima DJITTE, Chef du bureau réglementation des mutuelles de santé
- M. El Hadji Sala Madior DIOP, Cadre à la Division du Suivi et de l'évaluation
- M. Mohamed GUEYE, Chef de bureau à la Division Prise en charge des indigents et groupes vulnérables
- El Hadji Mama MBAYE, Personne ressource

Partie 1 : PARTIE INTRODUCTIVE

I. INTRODUCTION

Au Sénégal, la question de l'accessibilité financière des populations à des services de santé de qualité est érigée en priorité nationale à travers la mise en œuvre de programmes sociaux de base déclinés dans le document de politique économique et sociale, le Plan Sénégal Émergent (PSE). En effet, dans son axe 2 « Capital humain, Protection sociale et Développement durable », le PSE vise une amélioration significative des conditions de vie des populations, une lutte plus soutenue contre les inégalités sociales tout en favorisant l'émergence de territoires viables.

La création de l'Agence à travers le décret 2015-21 du 07 Janvier 2015, marque un tournant dans l'évolution du dispositif organisationnel de la gestion de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au Sénégal. L'Agence, pour garantir l'accès de la population à des soins de santé de qualité, a entrepris des actions phares en vue de l'atteinte de l'objectif de couverture du risque maladie à au moins 75% des Sénégalais. Les orientations majeures gravitent autour du développement de l'assurance maladie de base à travers les Mutuelles de santé et le renforcement des initiatives de gratuité. Depuis sa création, l'Agence de la CMU a appuyé à ce jour la mise en place de six cent soixante-seize (676) mutuelles de santé sur l'étendue du territoire national.

Toutefois, avant la mise en place de l'Agence de la CMU, il a été noté une absence de cadre formel de suivi et évaluation de la stratégie de mise en œuvre de la CMU en général et de l'assurance maladie en particulier. Déjà en 2004, l'absence d'un système d'informations et de suivi a été identifiée comme une des faiblesses majeures pour la promotion des mutuelles de santé dans le cadre du plan stratégique de développement des mutuelles de santé élaboré en 2004. Parmi les axes stratégiques dégagées figuraient (i) le développement d'une base de données sur les mutuelles de santé, (iii) l'élaboration d'un système harmonisé de gestion administrative et financière des mutuelles de santé et (iii) la promotion de l'informatisation des systèmes de gestion des mutuelles de santé. L'établissement d'un système d'information et de suivi des mutuelles de santé reste une priorité dans le plan stratégique de développement de la CMU 2013-2017 et dans le plan stratégique de développement de l'Agence de la CMU 2017-2021. Ce n'est qu'en 2016 qu'une stratégie formelle de suivi et évaluation a été déclinée à travers un document de cadre de suivi et évaluation de la stratégie de développement de la CMU¹.

L'Agence de la CMU à travers la Direction de l'Assurance Maladie a renforcé le dispositif de suivi des institutions mutualistes en collaboration avec les partenaires de mise en œuvre de la CMU, dont les unions régionales et départementales de mutuelles de santé, les prestataires de soins à travers les établissements publics de santé, les centres de santé, les postes de santé et autres

¹ Document de définition du cadre de suivi et évaluation de l'Agence de la CMU 2017-2021

structures de santé privées agréées, les organisations non-gouvernementales, les élus locaux ainsi que les partenaires techniques et financiers.

La fonctionnalité du système d'information et de gestion de la CMU nécessite de prioriser les défis de la complétude et l'exactitude des données transmises par les acteurs de la CMU ainsi que la promptitude dans leur remontée.

Le suivi de la mise en œuvre de la CMU à travers son volet assurance maladie, nécessite un contact permanent au niveau opérationnel avec les acteurs mutualistes. Ainsi la supervision est la technique de suivi qui sera privilégiée selon le document de définition du cadre de suivi et évaluation de la CMU 2017-2021². Pour ce faire il est important de disposer d'un document de référence qui permet d'harmoniser les techniques et les outils d'une supervision axée sur les performances ; d'où l'élaboration du présent guide.

Ce guide de méthodologie générale de supervision est destiné à l'Agence de la CMU, aux structures faitières mutualistes et aux partenaires de mise en œuvre du volet assurance maladie de la CMU.

II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La problématique de l'accès à des soins de qualité des populations en général et de l'inclusion des indigents et groupes vulnérables en particulier, a conduit à la mise en place d'une politique de subvention qui a permis de mobiliser d'importantes ressources au profit des structures mutualistes.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, une des premières étapes franchies par l'Agence de la CMU a été le maillage du territoire national en institutions mutualistes. Une étape importante dans la professionnalisation des mutuelles de santé à l'échelle nationale, a été ainsi franchie à travers principalement (i) le recrutement et la formation en gestion administrative, financière et comptable (GAF) des membres des unités techniques de gestion (UTG) et des mutuelles de santé, (ii) la dotation en outils de gestion et en équipement, (iii) l'élaboration d'un manuel de procédure (iv) la mise en place du système d'information de la CMU à travers le SIGICMU, entre autres.

L'élaboration d'un guide de supervision des structures mutualistes, en cohérence avec le cadre de suivi et évaluation de la CMU, aura le mérite de formaliser et d'harmoniser les méthodes de suivi opérationnel de l'axe assurance maladie de la politique mise en œuvre au niveau national.

²La supervision est une technique de suivi des acteurs d'un système, qui se déroule sur site à travers une thématique et une périodicité bien définies

2.1 Destinataires du guide

Le présent guide de supervision des institutions mutualistes au niveau opérationnel est destiné aux directions et services de l'Agence de la CMU, aux structures faitières mutualistes, aux services techniques et aux partenaires de mise en œuvre.

2.2 Acteurs à superviser :

Sur qui porte la supervision ?

- Au niveau des Mutuelles de santé : Gérants, Président MS, Trésorier, Secrétaire et membres de la commission de contrôle.
- Au niveau des Unions : UTG, Président de l'Union, Trésorier, Secrétaire et membres de la commission de contrôle.
- Au niveau des structures sanitaires : les prestataires de soins au niveau des EPS, des CS, des PS et des structures privées.

I. Objet de la supervision :

La supervision des acteurs au niveau opérationnel, portera sur :

- La gestion administrative (Niveau mutuelle de santé et union) ;
- La gestion des adhésions, cotisations et prestations (Niveau mutuelle de santé et union) ;
- La gestion financière (Niveau mutuelle de santé et union) ;
- La gestion des prestations offertes aux bénéficiaires des Mutuelles de santé (Niveau structures de santé).

Partie 2 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU GUIDE

I. PROCESSUS D'ELABORATION DU GUIDE ET ACTEURS

Le guide a été élaboré par l'Agence de la CMU de manière participative et selon le processus suivant :

1. Mise en place d'un comité de réflexion

L'Agence de la CMU à travers sa Direction de l'Assurance Maladie (DAMA) et le partenaire principal sur cette question, en l'occurrence Abt du programme santé USAID 2016-2021, ont défini les orientations et élaboré les TDR de même que la feuille de route du guide de supervision des mutuelles de santé.

2. Mise en place d'un comité restreint

Ce comité restreint est composé des équipes de l'Agence de la CMU et de Abt/USAID qui disposent d'une bonne expérience dans le domaine de l'appui aux mutuelles de santé. Ce comité restreint avait en charge essentiellement de : (i) structurer et délimiter le champ du guide ; (ii) faire la revue documentaire ; et (iii) élaborer le premier draft de guide.

3. Mise en place d'un Comité élargi

Ce comité composé en plus des membres du comité restreint, des représentants de mutuelles (unions départementale, régionale et nationale, etc.), était chargé de réviser le premier draft produit par le comité restreint et de définir les prochaines étapes du processus.

4. Partage et validation :

Cette étape a consisté à organiser un atelier national qui a regroupé l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre de la CMU à travers l'axe assurance maladie. Il s'agit des représentants des mutuelles de santé, des prestataires de soins, des services techniques, des partenaires techniques et financiers et tout autre acteur intervenant sur cette problématique à tous les niveaux. Cette rencontre a permis de valider le document final.

5. Production et diffusion de la version finale du guide : après validation, le document final fera l'objet d'une large diffusion auprès de tous les acteurs de mise en œuvre de la CMU, plus spécifiquement de l'axe assurance maladie à travers les mutuelles de santé.

II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA SUPERVISION

La supervision est déterminante et est effectuée en fonction des besoins réels sur le terrain. La périodicité peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle selon le type de supervision. Elle peut être aussi organisée à tout moment en fonction des besoins identifiés.

Il existe plusieurs types de supervision³ notamment :

- **La supervision formative** : elle se réfère à un transfert de connaissances, d'aptitudes et de compétences entre le superviseur et l'acteur supervisé pour améliorer la gestion des mutuelles de santé et leurs structures faitières ;
- **La supervision conjointe** : elle est dite conjointe lorsque l'équipe de supervision est composée des différents acteurs (Région Médicale, District Sanitaire, Agence CMU, services techniques, autres ministères, unions de mutuelles, PTF, etc.)
- **La supervision intégrée** : elle est dite intégrée lorsque l'objet de la supervision intègre en plus des mutuelles de santé, un paquet d'activités relevant d'un ou de plusieurs autres programmes. Ce type de supervision concerne alors un paquet de plusieurs interventions différentes. Elle doit être exécutée par une équipe composée de compétences complémentaires et polyvalentes.
- **La supervision spécifique** : elle permet d'approfondir un domaine bien précis nécessitant une compétence spécifique.

Du point de vue méthodologique ce guide propose dans le cadre de l'organisation de la supervision les phases suivantes : (i) phase préparatoire (ii) phase de conduite de la supervision proprement dite (iii) phase post supervision.

➤ Phase 1 : Phase préparatoire

La phase préparatoire peut être résumée en **sept principales étapes** que sont :

1. **La revue documentaire** : elle est fondamentale et permet de collecter toutes les informations liées aux objectifs et résultats attendus de la supervision (cf. derniers rapports de supervision, outils de gestion utilisés, PV de réunions, statuts et règlement intérieur, manuel de procédures, etc.) ;
2. **L'élaboration des termes de références** : elle est effectuée en fonction de l'identification des priorités et des besoins ressortis dans la revue documentaire. (Cf. modèle en annexe). Cette étape permet de décliner les objectifs et les résultats attendus de la supervision, la méthodologie en fonction des cibles, des sites, des outils et de la période de tenue de la supervision entre autres.

³ Référence plan national de supervision du MSAS juin 2017

3. **L'élaboration et/ou l'adaptation des outils de collecte** : elle consiste en la conception d'outils de collecte adaptés en fonction des objectifs fixés par la supervision. A cela s'ajouteront des outils de suivi nécessaires pour la bonne gestion de l'information. (Cf. modèles en annexes).
4. **L'élaboration du calendrier de supervision** : elle est reliée aux objectifs de la supervision tout en prenant en compte la durée, les dates et le lieu de la supervision.
5. **L'information des acteurs impliqués** :
 - **Responsables des mutuelles et des unions de mutuelles** : l'information de ces acteurs doit se faire au moins une semaine avant la supervision et à temps. Les objectifs, les outils et le calendrier sont partagés avec les responsables ciblés. L'équipe doit s'assurer de la réception de l'information par les principaux acteurs, de la présence effective des personnes ciblées et de la disponibilité des outils au moment de la supervision. L'information peut être élargie aux autres acteurs concernés et en fonction des objectifs de la supervision (prestataires, collectivités territoriales et autres).
 - Autorités administratives** : l'information des autorités doit se faire par courrier administratif (lettre d'information signée par le responsable de l'activité, ou note technique, etc.) au moins une semaine avant. Au besoin, elle peut être accompagnée d'une séance de travail sur les aspects techniques de la supervision.
6. **La constitution des équipes de supervision** : elle peut se faire au niveau central et/ou opérationnel en fonction des objectifs et du type de supervision à mettre en œuvre (intégrée, conjointe, etc.). Pour une meilleure coordination de la supervision, un responsable et un ou des rapporteurs sont désignés.
7. **La mobilisation des ressources matérielles, financières et humaines** : Elle consiste à identifier et à mobiliser tous les moyens nécessaires au bon déroulement de la supervision. L'équipe de supervision doit veiller à une utilisation rationnelle et efficiente des ressources mises à sa disposition.

➤ **Phase 2 : conduite de la supervision proprement dite :**

1. **La réunion préparatoire** : elle ne concerne en particulier que les membres de l'équipe de supervision. Les termes de référence, l'agenda, les modalités pratiques et les outils doivent faire l'objet de partage avec tous les membres de l'équipe. Elle consiste à : (i) partager les termes de référence, le contenu des outils, la méthodologie et les modalités pratiques ; (ii) répartir les équipes, les tâches et la logistique par équipe et (iii) valider le calendrier de la supervision.
2. **Les visites aux autorités administratives** : elles constituent une étape incontournable dans la supervision. En effet, elles permettent d'informer les autorités administratives sur la supervision, présenter les objectifs et recueillir éventuellement des informations complémentaires sur les acteurs.

La supervision proprement dite : Elle comprend les étapes d'administration de la grille de supervision, la consultation des documents de référence et outils de gestion des organisations mutualistes, la restitution/débriefing sur site, le partage des recommandations et enfin la restitution élargie aux responsables des organisations mutualistes et autres acteurs clés. Dès la fin de l'entretien, les constats et recommandations (feed-back) sont synthétisés dans le registre de supervision. Ce registre de supervision sera placé au niveau de chaque mutuelle de santé ou union et permettra aux superviseurs de renseigner tous les constats (points forts, points à améliorer, leçons apprises, bonnes pratiques et recommandations). Une fois ces constats indiqués clairement dans le registre, le superviseur et les supervisés signeront en bas de page. A la prochaine supervision de cette mutuelle, l'équipe devra consulter le registre de supervision et s'assurer du niveau de mise en œuvre des différentes recommandations.

A la fin de la supervision proprement dite, les premières ébauches de solutions sont restituées sur place aux membres du bureau exécutif des organisations mutualistes visitées.

➤ **Phase 3 : post supervision :**

Cette dernière phase consiste à mener les activités suivantes :

1. Débriefing global de la supervision par l'ensemble des superviseurs ;
2. Rédaction du rapport provisoire ;
3. Finalisation du rapport de supervision ;
4. Diffusion du rapport de supervision auprès des acteurs concernés, en particulier les acteurs mutualistes;
5. Elaboration d'un plan de suivi des recommandations ;
6. Suivi des recommandations de la supervision.

La phase préparatoire :

La préparation de la supervision passe par un certain nombre d'étapes dont la période d'exécution et le responsable doivent être identifiés. Le tableau ci-dessous qui résume les différentes étapes et les niveaux de responsabilité, doit être renseigné par l'entité responsable de la supervision.

Tableau 1 : Récapitulatif des principales étapes de la supervision et les niveaux de responsabilité

Etapes	Niveau national		Niveau régional		Niveau départemental		Observations
	Responsable	Période	Responsable	Période	Responsable	Période	
1. La revue documentaire							
2. L'élaboration des termes de références							
3. L'élaboration et/ou l'adaptation des outils de collecte supervision							
4. L'élaboration du calendrier de supervision							
5. Information des acteurs impliqués							
6. La constitution des équipes de supervision							
7. La mobilisation des ressources matérielles, financières et humaines							

La Phase de conduite de la mission

Tableau 2 : Récapitulatif des principales étapes de la conduite de la supervision et les niveaux de responsabilité

Etapes	Niveau national		Niveau régional		Niveau départemental		Observations
	Responsable	Période	Responsable	Période	Responsable	Période	
1. La réunion préparatoire							
2. Les visites aux autorités administratives							
3. La supervision proprement dite							

La Phase post supervision

Tableau 3 : Récapitulatif des principales étapes de la phase post supervision et les niveaux de responsabilité

Étapes	Niveau national		Niveau régional		Niveau départemental		Observations
	Responsable	Période	Responsable	Période	Responsable	Période	
1. Débriefing global de la supervision par l'ensemble des superviseurs							
2. Rédaction du rapport provisoire							
3. Finalisation du rapport de supervision							
4. Diffusion du rapport de supervision auprès des acteurs concernés, en particulier les acteurs mutualistes							
5. Elaboration d'un plan de suivi des recommandations							
6. Suivi des recommandations de la supervision.							

Partie 3 : SUPERVISION DES MUTUELLES DE SANTE

Cette partie aborde les domaines de supervision portant sur la visibilité, les instances statutaires, la planification et la gestion du partenariat au niveau des Mutuelles de santé en référence avec les outils définis dans le Manuel de procédures y afférent.

Les différents éléments d'appréciation sont : la fonctionnalité du siège, l'existence de registres de procès-verbaux (PV) ou les PV si le registre n'existe pas ; la disponibilité d'un plan stratégique de la mutuelle de santé, la disponibilité des outils de GAFC.

I. VOLET ADMINISTRATIF

Tableau 3 : vérifications sur volet administratif

N°	Domaine	Documents/Supports (source d'informations de la supervision)	Vérifications à faire	Observations
1	Reconnaissance juridique	Agrément	S'assurer de l'existence de l'agrément, et de la conformité des informations ex : adresse du siège si non demander si le dossier a été déposé (récépissé de dépôt) Demander l'état d'avancement du dossier et formuler des recommandations	En cas de non- conformité des informations demander à l'organisation mutualiste de saisir l'agence pour une mise à jour de l'agrément
2	Visibilité	Siège opérationnel	Existence de siège équipé (armoire, meubles de bureau) si oui préciser les conditions et documents d'acquisition (contrat de location, délibération) du siège (CL, fonds propres, Mécénat, ONG, etc...)	

			Si la mutuelle ne dispose pas de siège, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
		Fiche d'information de la mutuelle	S'assurer de l'existence de la fiche qui doit contenir entre autres l'identité de la mutuelle, ses activités, ses politiques d'adhésion et de cotisations, les services offerts, et les structures conventionnées. S'assurer que cette fiche est accessible au public (imprimée, affichée, etc...) Si non demander pourquoi et discuter des solutions	
		Panneau d'identification et d'orientation	S'assurer de l'existence de tableau d'indentification, d'enseigne comportant le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la mutuelle et de l'union Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et proposer des solutions	
3	Textes statutaires	Statuts et Règlement Intérieur	S'assurer de la disponibilité des statuts et Règlement Intérieur en vigueur. Vérifier si les textes sont affichés. Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions Demander si la tenue des assemblées générales constitutives est effective	

			selon les dispositions statutaires (vérifier les PV)	
4	Instances statutaires	Procès-Verbal AG	Demander les rapports d'AG annuelle (rapport narratif et financier), Vérifier si le plan d'action validé est mentionné dans le PV	
		Registre de PV ou PV du CA et BE	<ul style="list-style-type: none"> • Instance et les dates de chaque réunion et vérifier si le quorum a été atteint • Lorsque l'instance se réunit avec un retard de plus de deux (02) mois. demander pourquoi, discuter et proposer des solutions pour un fonctionnement régulier des instances conformément aux dispositions statutaires 	Se référer au règlement intérieur et la feuille de présence
		Registre de PV ou PV du CC	Registre de PV ou PV du CC	
	Relations contractuelles	Convention avec les prestataires	<p>S'assurer de l'existence de la Convention avec les prestataires Vérifier si toutes les conventions sont archivées au niveau de la Mutuelle de Santé et accessibles</p> <p>Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions</p>	

		Suivi des conventions	Vérifier que les instances de suivi de la convention sont tenues conformément aux dispositions inscrites dans la convention Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
5	Outils de gestion administrative	Manuel de procédure	S'assurer de l'existence du manuel de procédure Vérifier que son application est effective (respect des procédures de gestion administrative). Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
	Gestion du personnel	Disponibilité du personnel	S'assurer de l'existence du personnel avec une fiche d'engagement/contrat de prestation de services, lettre de mise à disposition dûment signée. Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
		Personnel qualifié	S'assurer du respect des procédures de recrutement (appel à candidature, fiche de poste, commission de recrutement, pré-sélection, sélection). Vérifier conformément au code du travail, le respect du versement des charges sociales par l'employeur (la mutuelle). S'assurer de l'existence des dossiers du personnel composé entre autres d'une fiche d'engagement/contrat,	

			lettre de mise à disposition, cahier de charge, état civil, copies diplômes, CV, résultat du test, demande...	
6	Planification / Reporting	Plan stratégique	Vérifier l'existence du plan stratégique triennale à jour au niveau de la mutuelle de santé ou de l'union. Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
		Plan d'action annuel	Vérifier l'existence du plan d'action annuel de la mutuelle ou de l'union. S'assurer que les activités déroulées par la MS ou l'union sont conformes aux orientations du plan stratégique. S'assurer que le plan prend en compte la collecte des cotisations, le recrutement de nouveaux adhérents et la fidélisation des anciens membres. Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
		Tableau d'affichage	Vision, missions, organigramme, valeurs, slogan, illustrations, citations, anecdotes, photos, témoignages, tableaux de suivi des bénéficiaires, cartographie...Existence d'une boîte à idée et un suivi des suggestions. Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	

II. VOLET TECHNIQUE

Ce volet prend en compte la disponibilité et la bonne utilisation des outils de gestion des **adhésions** (fiche individuelle d'adhésion, carnet ou carte de membre, registre des bénéficiaires et fiche de suivi des adhérents et des bénéficiaires).

Il permet également d'apprécier l'existence et la conformité des outils de gestion des **cotisations** (fiche individuelle de cotisation, fiche de suivi des cotisations et registre des cotisations) déclinés dans le Manuel de **procédures** défini à cet effet. Enfin, il permet de s'interroger sur la disponibilité et la complétude des documents utilisés dans la gestion des **prestations** (registre des prestations, fiches de suivi des prestations, bon de commande de médicaments, lettre de garantie, attestations de soins, factures, conventions signées).

Par souci de vérification de la cohérence des informations collectées concernant le volet technique, il est recommandé de se référer aussi aux documents comptables (journal de caisse, journal de banque et autres).

2.1 Gestion des adhésions

Liste des outils de gestion des adhésions en référence au Manuel de **procédures** des Mutuelles de santé :

- Carnet de membre
- Fiche individuelle d'adhésion
- Registre des Bénéficiaires
- Fiche de suivi des adhérents et des bénéficiaires

Tableau 6 : Vérification des outils de gestion des adhésions

N°	Documents/Supports (Source d'informations de la supervision)	Vérifications à faire	Observations
2	Carnet ou carte de membre	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer de la disponibilité d'un stock de carnets et de cartes. Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions• Vérifier que les carnets trouvés sur place et/ou en cours de remplissage sont bien renseignés (Nom et prénom(s), date et lieu de naissances, dates d'adhésion, début et fin de la période d'observation,	

		code, contact, cachet de la MS sur les photos des bénéficiaires, etc.)	
1	Fiche d'adhésion	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la disponibilité d'un stock de fiches d'adhésion • Demander à voir les fiches • Regarder le lot de fiches et vérifier si le dernier numéro de fiche concorde avec le nombre total d'adhérents. Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi (l'instauration de la fiche peut être récente surtout pour les anciennes mutuelles) • Prendre un lot de fiches, choisies de façon aléatoire, et vérifier la complétude des informations (date d'entrée, nom des bénéficiaires, date de naissance, sexe, lien de parenté, code, photos, ...) • Sur chaque manquement, demander pourquoi et faire la correction ensemble au besoin (vous pouvez aborder un ou deux exemples pour vous assurer de la compréhension et suggérer aux acteurs supervisés de compléter le reste dans les plus brefs délais) • Si les conditions de rangement et d'archivage des fiches ne sont pas réunies, proposer des solutions (exemples : chercher des cartons solides, mentionner les indications sur l'année, la série de numéros, ...) 	
3	Registre des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le registre et vérifier que les informations contenues dans les fiches d'adhésion y sont enregistrées et que le registre est à jour. Pour cela, aller à la dernière page du registre et vérifier l'enregistrement. Prendre les deux dernières fiches d'adhésion et vérifier la concordance des informations (nom, date de naissance, code, liens de parenté, sexe...) • En cas d'incohérence, demander à savoir les raisons et discutez sur les solutions éventuelles. • Si certaines informations manquent demander pourquoi et formuler des recommandations 	
4	Fiche de suivi des adhérents et bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que la fiche récapitule les informations de la période contenue dans le registre des bénéficiaires. • Parcourir ensemble les rubriques. • S'assurer avec l'acteur supervisé que l'information concernant l'exercice précédent (N-1) est bien mentionnée. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les totaux et la répartition par sexe pour chaque rubrique. Chaque total peut être confronté au numéro du dernier adhérent ou bénéficiaire à la date de supervision en tenant compte des sorties (toiletage effectué par la mutuelle : démissions, exclusions, décès, perdus de vue, déplacement hors zone de couverture de la mutuelle de santé) • L'équipe doit aussi relever certaines statistiques utiles à l'appréciation du niveau d'évolution des performances de la mutuelle de santé. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre d'adhérents homme et femme par cible (classiques, BSF/CEC, PVVIH, autres indigents pris en charge par un tiers); ○ Nombre de bénéficiaires homme et femme par cible (classiques) y compris autres indigents pris en charge par un tiers), BSF/CEC, élèves, talibés, PVVIH ; ○ Taille moyenne des ménages par cible (classiques, BSF, PVVIH) : Nombre de bénéficiaires/Nombres d'adhérents ; <p>Taux de croissance des adhérents et bénéficiaires $\left[\frac{\text{Adhérents (N)} - \text{Adhérents (N-1)}}{\text{Adhérents (N-1)}} \right] \times 100$ $\left[\frac{\text{bénéficiaires (N)} - \text{bénéficiaires (N-1)}}{\text{bénéficiaires (N-1)}} \right] \times 100$ N= période considérée ; N-1= période antérieure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la supervision porte de façon spécifique sur d'autres cibles (BSF, CEC, Elèves, talibés, PVVIH...), relever les informations ; 	
--	--	--	--

2.2 Gestion des cotisations

Liste des outils pour la gestion des cotisations

- Fiche individuelle de cotisation
- Registre des cotisations
- Fiche de suivi des cotisations

Tableau 5 : Vérification des outils de gestion des cotisations

N°	Documents/Supports	Vérification à faire	observations
1	Fiche individuelle de cotisation	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la disponibilité d'un stock de fiches individuelles de cotisation • Demander à voir les fiches individuelles de cotisation de l'exercice en cours • Si toutes les fiches ne sont pas disponibles, demander pourquoi et éventuellement proposer des éléments de solutions ensemble • Prendre un lot de fiches, choisies de façon aléatoire, et vérifier la complétude des enregistrements (nom de l'adhérent, code, nombre de bénéficiaires, montants versés, ...) : • Sur chaque insuffisance, demander pourquoi et faites la correction ensemble (vous pouvez aborder un ou deux exemples pour s'assurer de la compréhension et suggérer au supervisé de compléter le reste dans les plus brefs délais) • Si les conditions de rangement et d'archivage des fiches ne sont pas réunies, voir ensemble des solutions (exemples : chercher des cartons solides, mentionner les indications sur l'année, la série de numéros, ...) 	
2	Registre des cotisations	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le registre de cotisation et vérifier que les informations contenues dans les fiches de cotisation des adhérents à jour y sont enregistrées et que le registre est actualisé. Pour cela, aller à la dernière page du registre et vérifier l'enregistrement. Prendre les deux dernières fiches de cotisation et vérifier la concordance des informations (N° d'adhérent, nom, date, nombre de bénéficiaires...) • Si le registre n'est pas à jour, demander à savoir les raisons et discutez sur les solutions éventuelles. • Vérifier l'établissement périodique (semestrielle ou annuelle) de la liste certifiée des bénéficiaires à jour de leurs cotisations et sa transmission à l'union départementale ; • Vérifier que toutes les rubriques du registre sont bien remplies 	

3	Fiche de suivi des cotisations	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que la fiche récapitule les informations de la période contenue dans le registre des cotisations L'équipe doit aussi relever certaines statistiques utiles à l'appréciation du niveau d'évolution des performances de la mutuelle de santé • Nombre d'adhérents à jour homme et femme par cible (classiques, BSF/CEC, PVVIH, autres indigents pris en charge par un tiers) • Nombre de bénéficiaires à jour par cible (classiques (y compris autres indigents pris en charge par un tiers), BSF/CEC, élèves, talibés, PV VIH); • Taille moyenne des ménages à jour par cible (classiques, BSF, PVVIH) : Nombre de bénéficiaires à jour /Nombre d'adhérents à jour • Taux de recouvrement des cotisations par cible 	
---	---------------------------------------	---	--

3- Gestion des prestations :

Application des modalités d'accès aux prestations :

- Circuit (pyramide sanitaire) et documents (lettre de garantie, bon de commande, etc.) d'accès aux prestations ;
- Contrôle permanent d'accès aux prestations (bénéficiaires à jour de leur cotisation, carnet bien rempli avec photo, période d'observation terminée, pyramide sanitaire respectée) ;

Application des modalités de règlement des factures

- Contrôle permanent des factures (si les taux de prise en charge sont appliqués, exactitude des montants des prestations, disponibilité des attestations de soin et bons de commande...)
- Ordonnance et exécution du paiement des factures
- Enregistrement des informations (journaux de caisse et banque)

Liste des outils pour la gestion des prestations

- Attestation de soins
- Lettre de garantie
- Bon de commande de médicaments
- Facture des prestataires
- Registre des prestations
- Fiches de suivi des prestations

Tableau 6 : Vérification des outils de gestion des prestations de soins :

N°	Documents/Supports (Source d'informations de la supervision)	Verification à faire	observations
1	Facture des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le nombre de conventions signées par la mutuelle de santé • Vérifier le respect des taux de prise en charge ; • Vérifier que les factures proviennent des structures sanitaires conventionnées (entête, cachet et signature) • Vérifier que le contrôle a été fait par le gérant/BE avant paiement de la facture • Vérifier à partir de quelques factures payées si les bénéficiaires pris en charge sont à jour de leur cotisation au moment de la prestation (choisir de façon aléatoire des bénéficiaires qui sont sur les factures) • Faire une recommandation à l'acteur supervisé afin de veiller au respect des délais de mise à disposition des factures par les prestataires en cas de retards répétés (l'absence de données sur les prestations compromet le renseignement de certains indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'utilisation des services [Nombre de cas / Nombre d'assurés x 100] - Taux de sinistralité [Charges techniques / Cotisations acquises x 100] - Nombre de cas - Coût moyen par cas [Charges techniques totales / Nombre de cas], etc. 	
2	Registre des prestations	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la conformité de l'enregistrement des factures dans le registre des prestations 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le registre est à jour : nombre de factures reçues sur le nombre de factures enregistrées • En cas de non remplissage ou de non-conformité des informations, demander la cause et discuter sur des solutions 	
3	Attestation de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à voir les factures de prestation de soins reçues après la dernière supervision • Vérifier pour chaque facture que les attestations correspondent. • Vérifier sur quelques attestations la concordance entre les prestations fournies et la facture (nom du bénéficiaire, code, tickets, ordonnance, montants, signatures et cachets) 	
4	Lettre de garantie	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à voir les factures des prestataires reçues après la dernière supervision • Vérifier pour chaque facture que les attestations de soin (volet 2 de la lettre de garantie) correspondent avec les ordonnances respectives • Vérifier sur quelques attestations de soins la concordance entre les prestations fournies et la facture (nom du bénéficiaire, code, tickets, ordonnance montants, signatures et cachets) • Demander à voir les volets « souches » de la lettre de garantie et vérifier la concordance avec les volets attestation qui sont annexés à chaque facture de prestataire • Vérifier que le contrôle a été fait par le gérant/BE avant paiement de la facture 	
5	Bon de commande de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à voir les factures des pharmacies reçues après la dernière supervision • Vérifier que les factures proviennent des pharmacies conventionnées • Vérifier que les bons de commande accompagnent la facture ainsi que les ordonnances correspondantes, • Vérifier sur quelques bons de commande la concordance avec l'ordonnance et la facture 	

		(nom du bénéficiaire, code, montants, taux de prise en charge, date...) <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que les ordonnances proviennent de structures sanitaires conventionnées • Vérifier que le contrôle a été fait par le gérant/BE avant paiement de la facture 	
6	Fiches de suivi : -par prestation -par niveau Existence de deux fiches de suivi : - par prestation - par niveau	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que les fiches récapitulent les informations de la période contenue dans le registre des prestations. • L'équipe doit aussi relever certaines statistiques utiles à l'appréciation du niveau d'évolution concernant les prestations. Montant total des prestations et par niveau <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas par niveau de prestataires (PS, CS, pharmacie privée, cabinets ou cliniques privés) ; • Coûts moyens (par prestation, par niveau) • Taux d'utilisation par prestation et par niveau Si la supervision porte sur les cibles particulières (BSF, CEC, PVVIH, élèves, talibés et autres indigents) relever les informations	

III. VOLET FINANCIER DES MUTUELLES DE SANTE

Ce volet prend en compte la disponibilité, la complétude et la qualité des documents comptables (budget, bilan d'ouverture, journal de caisse, journal de banque) au niveau des Mutuelles de santé. Il permet aussi d'apprécier les états financiers (compte de résultat, bilan de clôture et états annexes).

Les principaux documents ou points à vérifier au niveau des mutuelles de santé sont :

Budgétisation

- *Budget*
- *Suivi budgétaire*

Bilan d'ouverture

- *Bilan d'ouverture de l'année en cours*
- *Bilan de clôture de l'année passée*

Journaux de caisse et de banque

- *Journal de caisse*
- *Journal de banque*
- *Etat de rapprochement bancaire*

- Relevé bancaire
- Fiche individuelle de cotisations
- Registre des cotisations
- Fiche individuelle d'adhésion
- Registre des bénéficiaires
- Factures des prestataires,
- Registre des prestations

Pièces Justificatives et classement

- Journal de caisse
- Journal de banque
- Liasse des pièces justificatives (Bons de caisse, reçus et autres pièces justificatives)
- Chéquier et/ ou livret de compte
- Demande ou formulaire d'ouverture de compte
- Pièce comptable
- Fiches de stock et des immobilisations

Etats financiers

- Journal de caisse
- Journal de banque
- Bilan
- Compte de résultat
- Etats annexes

Tableau 7 : Vérification des outils de gestion financière des mutuelles de santé

N°	Documents/ Supports (Source d'informations de la supervision)	Verification à faire	Observations
1	Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le budget prévisionnel de l'année en cours existe • Vérifier la conformité du budget au modèle proposé • Vérifier si les différentes étapes d'élaboration du budget sont respectées • Vérifier si l'élaboration, l'approbation et l'adoption du budget sont faites par les organes habilités (BE, CA, AG) • Vérifier la complétude des rubriques de recettes et dépenses concernées • Vérifier la pertinence des sources d'estimation des recettes et des dépenses 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le suivi budgétaire est fait régulièrement • Vérifier si le suivi budgétaire est fait conformément au modèle proposé 	
2	Bilan d'ouverture	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le bilan d'ouverture de l'année en cours existe • Vérifier si les totaux du bilan d'ouverture sont égaux à ceux du bilan de clôture de l'année écoulée • Vérifier la conformité du bilan au modèle proposé • Vérifier si l'affectation du résultat est conforme aux dispositions statutaires et réglementaires • Vérifier la complétude des rubriques de l'actif et du passif • Vérifier si les sources de calcul de l'actif et du passif sont justes 	
3	Journaux de banque et caisse	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le journal de banque et le journal de caisse existent • Vérifier la conformité du journal de banque et du journal de caisse aux modèles proposés • Vérifier si le rapprochement bancaire est régulièrement fait • Vérifier la concordance du solde du journal de banque avec celui du relevé de banque après rapprochement bancaire • Vérifier si le solde du journal de caisse est égal au montant disponible en caisse • Vérifier le respect des normes de plafonnement de la caisse conformément aux dispositions des statuts, du règlement intérieur et du manuel de procédures • Vérifier la complétude des rubriques du journal de banque et de caisse, en recettes et en dépenses • Vérifier si les enregistrements effectués respectent l'ordre chronologique • Vérifier la concordance des montants des droits d'adhésion enregistrés dans les journaux et ceux inscrits dans les fiches individuelles d'adhésion et le registre des bénéficiaires • Vérifier la concordance des montants des cotisations enregistrés dans les journaux et ceux inscrits dans les fiches individuelles de cotisations et dans le registre des cotisations 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la concordance des montants des prestations enregistrés dans les journaux et ceux inscrits dans les factures des prestataires et dans le registre des prestations • Vérifier la concordance entre les subventions effectivement reçues et celles enregistrées dans le journal de banque • Vérifier la concordance entre les subventions reçues en espèces et celles enregistrées dans le journal de caisse • Vérifier la concordance de chaque rubrique de recettes et de dépenses par rapport à son numéro de compte d'imputation • Vérifier si les journaux de caisse et de banque sont à jour et exempts de surcharge, rature, blanco, saut de page • Vérifier si toutes les rubriques concernées sont correctement remplies • Vérifier l'existence d'une Co-signature des chèques (Président, Trésorier ou autre membre du BE) • Vérifier si les dépenses effectuées sont approuvées par le président • Vérifier si les mutuelles de santé membres sont à jour de leur cotisation ; • Vérifier le respect de la clé de répartition des subventions ; 	
4	Pieces justificatives	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si tous les enregistrements de recettes et dépenses dans les journaux de banque et caisse sont effectués sur la base de pièces justificatives • Vérifier si les pièces justificatives des recettes et dépenses enregistrées dans les journaux de banque et caisse sont valides • Vérifier la validité des bons de caisse et des reçus et leur conformité aux modèles proposés • Vérifier s'il existe des fiches de stocks, des fiches d'immobilisation et d'inventaire du matériel • Vérifier s'il existe une pièce comptable récapitulative pour classer les pièces justificatives liées à une activité donnée 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la validité de la pièce comptable récapitulative et sa conformité à celle proposée • Vérifier l'existence d'un système d'archivage des pièces justificatives • Vérifier la conformité de ce système d'archivage à celui proposé 	
5	Etats financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le compte de résultat de l'année précédente existe • Vérifier si les montants qui figurent dans le compte de résultat sont conformes à ceux inscrits dans les journaux de banque et de caisse • Vérifier la conformité du compte de résultat au modèle proposé • Vérifier si les montants qui figurent dans le bilan de clôture sont conformes aux données issues des journaux de banque et de caisse, du compte de résultat et du bilan d'ouverture • Vérifier la conformité du bilan au modèle proposé • Vérifier si les états annexes sont disponibles et conformes 	

- Appréciations générales sur le volet finance :

.....

.....

.....

- Points forts :

.....

.....

.....

- Points à améliorer :

.....

.....

.....

- Recommandations :

.....

.....

.....

Partie 4 : SUPERVISION UNION DE MUTUELLES

Cette partie aborde les domaines de supervision portant sur la visibilité, les instances statutaires, la planification et la gestion du partenariat au niveau des unions de mutuelles en référence avec les outils de gestion administratifs, financier et comptable définis dans le Manuel de procédures y afférent.

I. VOLET ADMINISTRATIF

Les différents éléments d'appréciation du volet administratif comprennent : la fonctionnalité du siège, l'existence de registres de procès-verbaux (PV) ou les PV si le registre n'existe pas ; la disponibilité d'un plan stratégique de la mutuelle de santé, la disponibilité des outils de gestion.

Tableau 8 : vérification du volet administratifs

N°	Domaines	Documents/support (Source d'informations de la supervision)	Vérifications à faire	Observations
1	Reconnaissance juridique	agrément	S'assurer de l'existence de l'agrément, et de la conformité des informations ex : adresse du siège Si non demander si le dossier a été déposé (récépissé de dépôt) Demander l'état d'avancement du dossier et formuler des recommandations	En cas de non-conformité des informations demander à l'union de saisir l'agence pour une mise à jour de l'agrément
2	Textes statutaires	Statuts et Règlement Intérieur	S'assurer de la disponibilité des statuts et Règlement Intérieur en vigueur.	

			<p>Vérifier si les textes sont affichés.</p> <p>Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions</p> <p>Demander si la tenue des assemblées générales constitutives est effective selon les dispositions statutaires (vérifier les PV)</p>	
3	Instances statutaires	Registre de PV du CA et BE	<p>S'assurer de la tenue des réunions du Comité département de suivi de la CMU (CDS/CMU) et de la prise en compte de ses recommandations</p> <p>Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi, discuter sur des solutions et informer le service régional.</p> <p>Lorsque l'instance se réunit avec un retard de plus de deux (02) mois</p> <p>Si ce n'est pas le cas demander pourquoi, discuter et proposer des solutions pour un fonctionnement régulier des instances conformément aux dispositions statutaires</p>	

4	Visibilité	Tableau d’affichage	S’assurer de l’affichage de : la Vision de l’union, missions, valeurs, slogan, illustrations, citations, anecdotes, photos, témoignages, etc.	
5	Planification Reporting /	Plan stratégique	Vérifier l’existence du plan stratégique triennal de l’union. S’assurer que les activités déroulées par l’union sont conformes aux orientations du plan stratégique de développement de la CMU. Si ce n’est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
6	Relations contractuelles/partenariat	Convention avec les prestataires	S’assurer de l’existence de la Convention avec les prestataires Vérifier si toutes les conventions sont archivées au niveau de l’union et accessibles Si ce n’est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
8		Manuel de procédures	S’assurer de l’existence du manuel de procédures et de son	

	Outils de gestion administrative		application effective (procédure de gestion administrative et financière). Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
9	Gestion du personnel	Disponibilité du personnel	S'assurer de l'existence du personnel avec des contrats de prestation de services, lettre de mise à disposition dûment signée. Si ce n'est pas le cas, demander pourquoi et discuter sur des solutions	
10		Personnel qualifié	S'assurer du respect des procédures de recrutement (appel à candidature, fiche de poste, commission de recrutement, pré-sélection, sélection). Vérifier conformément au code du travail, le respect du versement des charges sociales par l'employeur (union). S'assurer de l'existence des dossiers du personnel composé entre autres d'une fiche d'engagement/contrat , lettre de mise à disposition, cahier de	

			charge, état civil, copies diplômes, CV, résultat du test, demande...	
--	--	--	--	--

II. VOLET TECHNIQUE :

Ce volet prend en compte les aspects liés à la Gestion des adhésions, cotisations et prestations de soins :

1. Liste des outils de gestion des adhésions

- Registre des mutuelles de santé membres de l'Union
- Fiche d'identification des mutuelles de santé membres de l'Union

2. Liste des outils de gestion des cotisations

- Registre de cotisation des mutuelles de santé membres
- Fiche de suivi des cotisations

3. Liste des outils de gestion des prestations

- Lettre de garantie
- Attestation de soins
- Bon de commande de médicaments
- Facture des prestataires
- Registre des prestations
- Fiches de suivi des prestations

Tableau 9 : Vérification des outils de gestion des unions de mutuelle

N°	Documents/Supports (Source d'informations de la supervision)	Vérification à faire	Observations
1	Registre des mutuelles de santé membres	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'existence du registre et les informations sur les mutuelles de santé membres de l'union • En cas d'incohérence, demander à savoir les raisons et discuter sur les solutions éventuelles. • Si certaines informations manquent, demander pourquoi et faire des suggestions • Vérifier les totaux et les données individuelles des mutuelles de santé membres de l'union, la répartition par sexe. Chaque total peut être 	

		<p>confronté aux données sur les adhérents ou bénéficiaires à la date de supervision (la supervision des mutuelles doit précéder celle de l'Union)</p> <ul style="list-style-type: none"> L'équipe doit aussi relever certaines statistiques utiles à l'appréciation du niveau d'évolution des performances des mutuelles de santé. <ol style="list-style-type: none"> Nombre d'adhérents (homme et femme) par cible ; Nombre de bénéficiaires (homme et femme) par cible ; Taille moyenne des ménages par cible (Nombre de bénéficiaires/Nombre d'adhérents) Si la supervision porte de façon spécifique sur les cibles particulières (BSF, CEC, PVVIH, élèves, talibés et autres indigents), relever les informations 	
	Registre des cotisations des mutuelles de santé membres	<ul style="list-style-type: none"> Prendre le registre de cotisations et vérifier que les mutuelles de santé membres de l'union à jour y sont enregistrées. Si le registre n'est pas à jour, demander à savoir les raisons et discuter sur les solutions éventuelles. Si certaines informations manquent demander pourquoi et faire des suggestions 	
2	Facture des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier que les factures proviennent des structures sanitaires conventionnées Vérifier que les patients sont des bénéficiaires des mutuelles membres de l'union <p>Les factures vont être utilisées pour la suite des vérifications</p>	
3	Registre des prestations	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier la conformité de l'enregistrement des factures dans le registre des prestations Vérifier si le registre est à jour : nombre de factures reçues sur le nombre de factures enregistrées En cas de non remplissage ou de non-conformité des informations, demander la cause et discuter sur des solutions 	
4	Lettre de garantie	<ul style="list-style-type: none"> Demander à voir les factures des prestataires reçues après la dernière supervision 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier pour chaque facture que les attestations de soins correspondent avec les prestations demandées, ainsi que les informations générales (nom de la mutuelle, nom du bénéficiaire, code, montants, signatures et cachets) • Demander à voir les volets « souches » de la lettre de garantie et vérifier la concordance avec les volets attestation qui sont annexés à chaque facture • Demander si le contrôle a été fait par l'UTG/BE avant paiement de la facture. Si tel n'est pas le cas, recommander le contrôle avant paiement. 	
5	Bon de commande de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à voir les factures des pharmacies reçues après la dernière supervision • Vérifier que les factures proviennent des pharmacies conventionnées • Vérifier que les bons de commande accompagnent la facture ainsi que les ordonnances correspondantes, • Vérifier sur quelques bons de commande la concordance avec l'ordonnance et la facture (nom du bénéficiaire, code, médicaments, montants...) • Vérifier que les ordonnances proviennent de structures sanitaires conventionnées • Demander si le contrôle a été fait par l'UTG/BE avant paiement de la facture. Si tel n'est pas le cas, recommander que cela se fasse avant paiement. 	
6	Fiches de suivi des prestations : - par prestation - par niveau	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que les fiches récapitulent les informations de la période contenue dans le registre des prestations <p>L'équipe doit aussi relever certaines statistiques utiles à l'appréciation du niveau d'évolution concernant les prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montant total des prestations du paquet complémentaire • Nombre de cas par niveau de prestataires (Hôpital, pharmacie privée,) ; • Coûts moyens (par prestation, par niveau de prestataire) <p>Si la supervision porte sur les cibles particulières (BSF, CEC, élèves, Ndongos daara) relever les informations</p>	

III. VOLET FINANCIER

Les principaux documents ou points à vérifier au niveau des unions départementales de mutuelles sont :

Liste des outils de gestion financière

Budgétisation

- *Budget*
- *Suivi budgétaire*

Bilan d'ouverture

- *Bilan d'ouverture de l'année en cours*
- *Bilan de clôture de l'année passée*

Journaux de caisse et de banque

- *Journal de caisse*
- *Journal de banque*
- *Etat de rapprochement bancaire*
- *Relevé bancaire*
- *Fiche de vérification caisse*
- *Reçus des cotisations des mutuelles*
- *Facture des prestataires*
- *Registre des prestations*

Pièces Justificatives et classement

- *Journal de caisse*
- *Journal de banque*
- *Liasse des pièces justificatives (Bons de caisse, reçus et autres pièces justificatives)*
- *Chéquier*
- *Lettre de répartition des subventions*
- *Tableau de répartition des subventions aux mutuelles de santé*
- *PV de la réunion de répartition de la subvention*
- *Demande d'ouverture du compte bancaire*
- *Pièce comptable*
- *Fiches de stock et des immobilisations*

Etats financiers

- *Journal de caisse*
- *Journal de banque*
- *Bilan*
- *Compte de résultat*
- *Etats annexes*

Tableau 10 : Vérification des outils de gestion financière des unions de mutuelle

N°	Documents/ Supports (Source d'informations de la supervision)	Vérification à faire	Observations
1	Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le budget prévisionnel de l'année en cours existe • Vérifier la conformité du budget au modèle proposé • Vérifier si les différentes étapes d'élaboration du budget sont respectées • Vérifier si l'élaboration, l'approbation et l'adoption du budget sont faites par les organes habilités (BE, CA, AG) • Vérifier la complétude des rubriques de recettes et dépenses concernées • Vérifier la pertinence des sources d'estimation des recettes et des dépenses • Vérifier si le suivi budgétaire est fait régulièrement • Vérifier si le suivi budgétaire est fait conformément au modèle proposé 	
	Bilan d'ouverture	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le bilan d'ouverture de l'année en cours existe • Vérifier si les totaux du bilan d'ouverture sont égaux à ceux du bilan de clôture de l'année passée ; • Vérifier la conformité du bilan au format proposé • Vérifier si l'affectation du résultat est conforme aux dispositions statutaires et réglementaires <p>Vérifier si les sources de calcul de l'actif et du passif sont justes</p>	
3	Journaux de banque et caisse	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le journal de banque et le journal de caisse existent • Vérifier la conformité du journal de banque et du journal de caisse aux modèles proposés • Vérifier si le rapprochement bancaire est régulièrement fait • Vérifier la concordance du solde de banque avec celui du relevé de banque après rapprochement bancaire • Vérifier si le solde du journal de caisse est égal au montant disponible en caisse 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le respect des normes de plafonnement de la caisse conformément aux dispositions des statuts, du règlement intérieur et du manuel de procédure • Vérifier la complétude des rubriques du journal de banque et de caisse, en recettes et en dépenses • Vérifier si les enregistrements effectués respectent l'ordre chronologique • Vérifier la concordance des montants des droits d'adhésion enregistrés dans les journaux et ceux inscrits dans les fiches individuelles d'adhésion et le registre des bénéficiaires • Vérifier la concordance des montants des cotisations enregistrés dans les journaux et ceux inscrits dans les fiches individuelles de cotisations et le registre des cotisations • Vérifier la concordance des montants des prestations enregistrés dans les journaux et ceux inscrits dans les factures des prestataires et dans le registre des prestations • Vérifier la concordance entre les subventions effectivement reçues et celles enregistrées dans le journal de banque • Vérifier la concordance entre les subventions reçues en espèces et celles enregistrées dans le journal de caisse • Vérifier la concordance de chaque rubrique de recettes et de dépenses par rapport à son numéro de compte d'imputation • Vérifier si les journaux de caisse et de banque sont à jour et exempts de surcharge, rature, blanco, saut de page... • Vérifier si toutes les rubriques sont correctement remplies • Vérifier l'existence d'une Co-signature des chèques (Président, Trésorier ou autre membre du bureau exécutif) • Vérifier si les dépenses effectuées sont approuvées par le président • Vérifier si les mutuelles de santé membres sont à jour de leur cotisation 	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le respect de la clé de répartition contenue dans la lettre de répartition des subventions • Vérifier l'existence et le respect du tableau de répartition des subventions aux mutuelles • Vérifier l'existence du PV portant répartition des subventions 	
4	Pièces justificatives	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si tous les enregistrements de recettes et dépenses dans les journaux de banque et caisse sont effectués sur la base de pièces justificatives • Vérifier si les pièces justificatives des recettes et dépenses enregistrées dans les journaux de banque et caisse sont valides • Vérifier la validité des bons de caisse et des reçus et leur conformité aux modèles proposés • Vérifier s'il existe des fiches de stock, des fiches d'immobilisation et d'inventaire du matériel • Vérifier s'il existe une pièce comptable récapitulative pour classer les pièces justificatives liées à une activité donnée • Vérifier la validité de la pièce comptable récapitulative et sa conformité au modèle proposé • Vérifier l'existence d'un système d'archivage des pièces justificatives • Vérifier la conformité de ce système d'archivage à celui proposé 	
5	Etats financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si le compte de résultat de l'année précédente existe • Vérifier si les montants qui figurent dans le compte de résultat sont conformes à ceux inscrits dans les journaux de banque et de caisse • Vérifier la conformité du compte de résultat au modèle proposé • Vérifier si les montants qui figurent dans le bilan de clôture sont conformes aux données issues des journaux de banque et de caisse, du compte de résultat et du bilan d'ouverture • Vérifier la conformité du bilan au modèle proposé • Vérifier si les états annexes sont disponibles et conformes 	

- Appréciations générales sur le volet finance :

.....

.....

.....

- Points forts :

.....

.....

.....

- Points à améliorer :

.....

.....

.....

- Recommandations :

.....

.....

.....

Partie 5 : ANNEXES

Les différents domaines et points à vérifier figurent dans la grille de supervision. Ces annexes apportent des informations complémentaires aux superviseurs qui doivent les consulter chaque fois que de besoin, pour faciliter l'administration de la grille.

- Grilles de supervision
- Guide d'entretien
- Lexique
- Modèle de rapport
- Les outils de gestion

N°1. GRILLE DE SUPERVISION MUTUELLE DE SANTE

Date de supervision : ____ / ____ / ____			
Période de supervision : (exemple : Trimestre 1-2018)			
Heure de démarrage :			
<u>Identification</u>			
Région		Département	
District.....		Commune.....	
Dénomination de la mutuelle de santé :			
Adresse de la mutuelle.....			
Contact de la mutuelle.....			
Zone de couverture		Population cible.....	
Superviseurs			
Prénom (s)et nom	Fonction	Structure	Tel
Répondants			
Prénom (s)et nom	Fonction	Tel	
A - GESTION ADMINISTRATIVE			
<u>A-1 Informations générales</u>			
Rubriques	Oui	Non	Observations
Existence d'un agrément			
Si oui, précisez le numéro de l'agrément et la date			
Existence d'un numéro d'immatriculation			
Si oui, précisez le numéro d'immatriculation et la date			

Disponibilité des statuts et règlement intérieur			
Existence d'un compte bancaire			
Existence d'un siège (si oui indiquer les équipements)			
Mode d'acquisition du siège	- Propriété de la MS <input type="checkbox"/> - Loué <input type="checkbox"/> - Prêté <input type="checkbox"/> - autre :		
Existence de panneaux de signalisation et enseigne			

A-2 : fonctionnalité des instances

Rubriques	Nombre de réunions prévues selon les textes	Nombre de réunions tenues	Nombre de PV disponibles	Nombre de membres présents (dernière réunion)		Date de la Dernière réunion	
				H	F		
Assemblée générale							
Conseil d'administration							
Bureau exécutif							
Commission de contrôle							
Observations							

Existence d'un tableau d'affichage pour l'information des visiteurs :

Existence de plan d'action annuel et niveau de mise en œuvre (taux d'exécution):

B - GESTION TECHNIQUE

B-1 : Adhésion

B1.1 : Outils de gestion des adhésions

Outils	Non disponible	Disponible et pas utilisé	Disponible, utilisé et pas à jour	Disponible, utilisé et à jour	Observations	
Stock de carnet de membre						
Fiche individuelle d'adhésion						
Registre des bénéficiaires						

Fiche de suivi des adhérents et des bénéficiaires						
B1.2 : situation des adhérents et bénéficiaires						
Observation : pour les classiques considérer aussi les personnes enrôlées par les collectivités territoriales et autres bonnes volonté						
Rubriques	Répartition Homme/Femme	Trimestre précédent	Trimestre concerné	Observations		
Nombre d'adhérents classiques (1)	Homme					
	Femme					
	Total					
Nombre de bénéficiaires classiques (2)	Homme					
	Femme					
	Total					
Autres ménages enrôlés par des collectivités ou des mécènes (3)	Homme					
	Femme					
	Total					
Autres bénéficiaires (sans les élèves) enrôlés par des collectivités ou des mécènes (4)	Homme					
	Femme					
	Total					
Nombre de ménages bénéficiaires BSF effectivement enrôlés (5)	Homme					
	Femme					
	Total					
Nombre de bénéficiaires BSF effectivement enrôlés (6)	Homme					
	Femme					
	Total					
Nombre de titulaires de la CEC effectivement enrôlés (7)	Homme					
	Femme					
	Total					
Nombre de bénéficiaires élèves affiliés (CMU-Elèves) (8)	Garçon					
	Fille					
	Total					

Nombre total d'adhérents toutes cibles confondues (09) = (1) +(5) +(7)+(8)	Homme				
	Femme				
	Total				
Nombre total bénéficiaires toutes cibles confondues (10)= (2) +(6) +(7) +(8)	Homme				
	Femme				
	Total				

B2 : Cotisation

B2.1 : Outils de gestion des cotisations

Outils	Non disponible	disponible et pas utilisé	Disponible, utilisé et pas à jour	Disponible, utilisé et à jour	Observations
Fiche individuelle des cotisations					
Registre des cotisations					
Tableau de suivi des cotisations					

B2.2 : situation des cotisations

Observation : pour les classiques à jour considérer aussi les personnes enrôlées par les collectivités territoriales et autres bonnes volontés

Rubriques	Répartition Homme/Femme	Trimestre précédent	Trimestre concerné	Observations
Nombre d'adhérents classiques à jour (1)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre de bénéficiaires classiques à jour (2)	Homme			
	Femme			
	Total			
Autres ménages enrôlés par des	Homme			
	Femme			

collectivités ou des mécènes à jour (3)	Total			
Autres bénéficiaires (sans les élèves) enrôlés par des collectivités ou des mécènes à jour (4)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre de bénéficiaires élèves affiliés (CMU- à jour Elèves) (5)	Garçon			
	Fille			
	Total			
Nombre total bénéficiaires à jour toutes cibles confondues (06) = (2) + (5)	Homme			
	Femme			
	Total			

B3 : Prestations

B3.1 : outils de gestion des prestations

Outils	Non disponible	disponible et pas utilisé	Disponible, utilisé et pas à jour	Disponible, utilisé et à jour	Observations
Registre des prestations					
Fiche de suivi des prestations par niveau					
Fiche de suivi par type de prestation					
Bon de commande de médicaments					
Lettre de garantie					
Attestation de soins					
Modèle de facture					

B3.2 : Situation des prestations par niveau et par type de bénéficiaires

Niveau	Types de bénéficiaires	Nombre de cas			Coût		
		H	F	Total	H	F	Total
Case de santé	Classique						

	BSF						
	CEC						
	Elèves						
	Autres indigents						
	Sous total case						
Poste de santé	Classique						
	BSF						
	CEC						
	Elèves						
	Autres indigents						
	Sous total poste de santé						
Centre de santé	Classique						
	BSF						
	CEC						
	Elèves						
	Autres indigents						
	Sous total centre de santé						
Structure privée	Classique						
	BSF						
	CEC						
	Elèves						
	Autres indigents						
	Sous total structure privée						
Pharmacie	Classique						
	BSF						
	CEC						
	Elèves						
	Autres indigents						
	Sous total pharmacie						
Total général							

B3.3 : Situation des prestations par type de prestations

Niveau	Types de prestations	Nombre de cas			Coût		
		H	F	Total	H	F	Total
Case de santé	Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)						
	Médicaments IB						
	Transport (références)						
	Sous total case						

	Poste de santé	Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)						
		Médicaments IB						
		Maternité (consultations pré/post-natales, planification familiale, accouchement simple)						
		Transport (références)						
		Sous total poste de santé						
	Centre de santé	Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)						
		Médicaments IB						
		Maternité (consultations pré/post- natales, planification familiale, accouchement simple)						
		Hospitalisation						
		Analyses						
		Radiographie						
		Echographie						
		Transport (références)						
		Sous total Centre de santé						
	Structure privée	Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)						
		Médicaments génériques						
		Médicaments de spécialités						
		Maternité (consultations pré/post-natales, planification familiale, accouchement simple)						
		Hospitalisation						
		Analyses						
		Radiographie						
		Echographie						
		Transport (références)						
		Sous total structure privée						

Total général							
C - GESTION FINANCIERE							
<u>C1 : Outils de gestion financière</u>							
Outils	Existence	Conformité au modèle proposé	Observations				
Budget prévisionnel							
Fiche suivi budgétaire							
Compte de résultat							
Bilan							
Journal de caisse							
Journal de banque							
Bon de caisse							
Reçu							
<u>C2 : Données financières</u>							
Rubriques		Montant	Observations				
Montant des droits d'adhésion							
Montant des cotations perçues							
Subventions Etat <i>(préciser la période en observations)</i>	générales						
	Ciblées (BSF et CEC)						
	CMU-Elèves						
	CMU-Daaras						
	Sous total						
Subvention collectivité locale							
Dons et legs							
Dépenses de prestations (charges techniques)							
Charges de fonctionnement							
Montant en caisse							

Montant en banque			
Dettes de prestations	Poste de santé		
	Centre de santé		
	Officines privées		
	Total dettes de prestations		

Heure de la fin : _____ H _____ MIN

Durée de la supervision : _____ H _____ MIN

PRINCIPAUX CONSTATS DE LA SUPERVISION

POINTS FORTS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POINTS À AMÉLIORER :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BONNES PRATIQUES / LECONS APPRISES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS :

✓ À L'ENDROIT DE LA MUTUELLE DE SANTE OU DE L'UNION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ À L'ENDROIT DU SERVICE REGIONAL DE LA CMU :

.....

.....

.....

.....

.....

✓ À L'ENDROIT DES ENTITES DU NIVEAU CENTRAL DE LA CMU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N°2. GRILLE DE SUPERVISION UNION DE MUTUELLES

Date de supervision :

Période de supervision : (*exemple : Trimestre 1-2018*)

Heure de démarrage :

Identification

RégionDépartement

District..... Commune.....

Dénomination de l'union de mutuelle :

Adresse :

Contact :

Zone de couverturePopulation cible.....

Superviseurs

Prénom (s)et nom	Fonction	Structure	Tel

Répondants

Prénom (s)et nom	Fonction	Contact

A - GESTION ADMINISTRATIVE

A-1 Informations générales

Rubriques	Oui	Non	Observations
Existence d'un agrément			

Si oui, précisez le numéro de l'agrément et la date			
Existence d'un numéro d'immatriculation			
Si oui, précisez le numéro d'immatriculation et la date			
Disponibilité des statuts et du règlement intérieur			
Existence d'un compte bancaire			
Existence d'un siège (si oui indiquer les équipements)			
Mode d'acquisition du siège	- Propriété de la MS <input type="checkbox"/> - Loué <input type="checkbox"/> - Prêté <input type="checkbox"/> - autre :		
Existence de panneaux de signalisation et enseigne			

A-2 Informations générales

Rubriques	Nombre de réunions prévues selon les textes	Nombre de réunions tenues	Nombre de PV disponibles	Nombre de membres présents (dernière réunion)		Date de tenue de la dernière réunion
				H	F	
Assemblée générale						
Conseil d'administration						
Bureau exécutif						
Commission de contrôle						
Observations						

Existence d'un tableau d'affichage pour l'information des visiteurs :

Existence de plan d'action annuel et niveau de mise en œuvre (taux d'exécution):

B - GESTION TECHNIQUE

B1 : Adhésion

B1.1 : Outils de gestion des adhésions

Outils	Non disponible	disponible et pas utilisé	Disponible, utilisé et pas à jour	Disponible, utilisé et à jour	Observations
Fiche d'adhésion individuelle des mutuelles de santé					
registre mutuelles de santé membres de l'union					

B1.2 : situation des adhérents et bénéficiaires des mutuelles

Rubriques	Répartition Homme/Femme	Trimestre précédent	Période concernée	Observations
Nombre total des adhérents classiques (1)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre total des bénéficiaires classiques (2)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre de ménages total des bénéficiaires BSF effectivement enrôlés (3)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre de bénéficiaires BSF effectivement enrôlés (4)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre de titulaires de la CEC effectivement enrôlés (5)	Homme			
	Femme			
	Total			
Autres ménages indigents pris en charge par un tiers (6)	Homme			
	Femme			
	Total			

Autres bénéficiaires indigents pris en charge par un tiers (7)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre de bénéficiaires élèves affiliés (CMU-Elève) (8)	Garçon			
	Fille			
	Total			
Nombre total d'adhérents toutes cibles confondues (09)= (1) +(3) +(5) +(6)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre total bénéficiaires toutes cibles confondues (10)= (2) +(4) +(5) +(7) +(8)	Homme			
	Femme			
	Total			

B2 : Cotisation

B2.1 : Outils de gestion des cotisations

Outils	Non disponible	disponible et pas utilisé	Disponible, utilisé et pas à jour	Disponible, utilisé et à jour	Observations
Fiche de suivi des cotisations des mutuelles de santé					

B2.2 : situation des cotisations des bénéficiaires des mutuelles de santé membres

Rubriques	Répartition Homme/Femme	Trimestre précédent	Période concernée	Observations
Nombre d'adhérents classiques à jour (1)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre de bénéficiaires classiques à jour (2)	Homme			
	Femme			
	Total			

Autres ménages indigents pris en charge par un tiers à jour (3)	Homme			
	Femme			
	Total			
Autres bénéficiaires indigents à jour pris en charge par un tiers (4)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre d'élèves affiliés à jour (CMU- Elèves) (5)	Garçon			
	Fille			
	Total			
Nombre total d'adhérents à jour (10)= (1) +(3)	Homme			
	Femme			
	Total			
Nombre total bénéficiaires à jour (10)= (2) +(4)+(5)	Homme			
	Femme			
	Total			

B3 : Prestations

B3.1 : outils de gestion des prestations de l'union

Outils	Non disponible	disponible et pas utilisé	Disponible, utilisé et pas à jour	Disponible, utilisé et à jour	Observations
Registre des prestations					
Fiche de suivi par type de prestation					
Bon de commande de médicaments					
Lettre de garantie					

Attestation de soins					
Modèle de facture					

B3.2 : situation des prestations par niveau et par type de bénéficiaires

Niveau	Types de bénéficiaires	Nombre de cas			Coût		
		H	F	Total	H	F	Total
Hôpital	Classique						
	BSF						
	CEC						
	Elèves						
	Ndongo-Daaras						
	Autres indigents						
	Sous total						
Cabinets et cliniques privés	Classique						
	BSF						
	CEC						
	Elèves						
	Ndongo-Daaras						
	Autres indigents						
	Sous total						
Pharmacie	Classique						
	BSF						
	CEC						
	Elèves						
	Ndongo Daaras						
	Autres indigents						
	Sous total						
Total général							

B3.3 : situation des prestations par type

Niveau	Types de prestations	Nombre de cas	coût
--------	----------------------	---------------	------

		H	F	Total	H	F	Total
Hôpital	Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)						
	Médicaments génériques (IB)						
	Maternité (consultations pré/post natales « CPN et CPON », planification familiale, accouchement simple)						
	Hospitalisation						
	Analyses						
	Radiographie						
	Echographie						
	Transport (références)						
	Intervention chirurgicale						
	Sous total						
	Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)						
	Médicaments						
	Maternité (consultations pré/post natales « CPN et CPON », planification familiale, accouchement simple)						
	Hospitalisation						
	Analyses						
	Radiographie						
	Echographie						

	Transport (références)						
	Intervention chirurgicale						
	Sous total						
PHARMACIE	Médicaments officines privées						
	Sous total						

C - GESTION FINANCIERE

C1 Outils de gestion financière :

Outils	Existence	Conformité au modèle proposé	Observations
Budget prévisionnel			
Fiche suivi budgétaire			
Compte de résultat			
Bilan de clôture			
Journal de caisse			
Journal de banque			
Bon de caisse			
Reçu			

C2 : Données financières

Rubriques	Montant	Observations
Droits d'adhésion des mutuelles membres		

Cotisations des mutuelles membres			
Subventions Etat <i>(préciser la période en observations)</i>	Générales ou partielles		
	Ciblées (BSF et CEC)		
	CMU-Elèves		
	CMU-Daaras		
	Sous total		
Subvention collectivité locale			
Dons et legs			
Dépenses de prestations (charges techniques)			
Charges de fonctionnement			
Solde en caisse			
Solde en banque			
Dettes de prestations	Hôpital		
	Officines privées		
	Cabinets et cliniques privés		
	Total dettes de prestations		

Heure de la fin : _____ H _____ MIN
 Durée de la supervision : _____ H _____ MIN

PRINCIPAUX CONSTATS DE LA SUPERVISION

POINTS FORTS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POINTS À AMÉLIORER :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BONNES PRATIQUES /LEÇONS APPRISES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS :

✓ À L'ENDROIT DE L'UNION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ À L'ENDROIT DU SERVICE REGIONAL DE LA CMU :

.....

.....

✓ À L'ENDROIT DES ENTITES DU NIVEAU CENTRAL DE LA CMU

REGISTRE DE SUPERVISION

.....

OBJECTIFS DE LA SUPERVISION :

[illegible]

PRINCIPAUX CONSTATS DE LA SUPERVISION

POINTS FORTS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POINTS À AMÉLIORER :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LEÇONS APPRISSES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BONNES PRATIQUES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS :

✓ À L'ENDROIT DE LA MUTUELLE DE SANTE OU DE L'UNION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ **À L'ENDROIT DU SERVICE REGIONAL DE LA CMU :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ **À L'ENDROIT DES ENTITES DU NIVEAU CENTRAL DE LA CMU**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LES SUPERVISEURS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EQUIPE DE SUPERVISION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du Responsable de la
supervision

Signature et cachet du PCA de la
mutuelle ou de l'Union

Modèle de rapport :

Partie 5 : ANNEXES

I. Exploitation et analyse et des données

La complétude et la qualité des données recueillies doivent être vérifiées par les superviseurs durant et après la mission, afin de s'appuyer sur des données et informations fiables qui permettent de faire des constats justes et de formuler des recommandations. Ainsi, après la supervision, il s'agit de :

- ✓ Passer en revue toutes les questions et réponses des différents volets pour s'assurer de leur complétude et exactitude, et corriger si nécessaire
- ✓ Faire la synthèse de constats et des recommandations
- ✓ Proposer une esquisse de plan de résolution des problèmes

Pour être plus exhaustive, l'exploitation et l'analyse des données peut être faite à l'aide d'une fiche de dépouillement conçue à cet effet (*voir équipe de suivi évaluation RSS+ pour élaboration modèle de fiche de dépouillement à élaborer ?*)

II. Rédaction du rapport de supervision

Le rapport de supervision doit être produit au plus tard dix jours après la fin de la mission. Il contient les principaux points suivants :

- ✓ Thème de la supervision
- ✓ Equipe de supervision
- ✓ Structure et personnes supervisées
- ✓ Contexte et objectifs de la supervision
- ✓ Résultats attendus
- ✓ Rappel de la méthodologie
- ✓ Résultats obtenus par volet
 - Informations générales
 - Volet administratif
 - Volet technique
 - Volet financier
- ✓ Points forts

- ✓ Points à améliorer
- ✓ Recommandations

III. Restitution des résultats de la supervision

- Etapes de la restitution

Le partage des résultats de la supervision peut être effectué en deux étapes :

- A la fin de la supervision, il faut partager les constats et recommandations avec les personnes concernées, et d'accompagner les acteurs dans la prise de mesures immédiates pour résoudre certains problèmes ponctuels.
- Après l'élaboration du rapport de supervision envoyée aux dirigeants de la structure et personnes supervisée pour les informer et recueillir leurs observations éventuelles, une restitution doit être organisée. Elle peut être faite durant une rencontre prévue à cet effet ou à l'occasion des réunions régulières des instances de la mutuelle ou de l'union départementale. Durant la rencontre, les objectifs et les principales étapes de la mission seront rappelés, les points forts et les points faibles identifiés dans l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle présentés, et les mesures d'améliorations proposées. Après la présentation, des échanges devront être encouragées pour apporter des clarifications éventuelles et mieux s'accorder sur les insuffisances constatées. Ces échanges et concertations devront déboucher sur la mise en place d'un plan de résolution des problèmes.

- Elaboration d'un plan de résolution des problèmes

Ce plan comporte le libellé du problème, la causes, les actions précises à entreprendre (recommandations), le(s) responsable(s), les acteurs impliqués dans la résolution, la période, les moyens financiers/matériels.

Libellé du problème	Causes	Recommandations	Responsable(s)	Acteurs impliqués	Période	Moyens

IV. Suivi de la mise en œuvre des recommandations

Le suivi de la mise en œuvre des recommandations incombe à tous les acteurs concernés. Il doit être assuré régulièrement par les responsables de la mutuelle durant les réunions des instances ou à chaque fois que de besoin. L'équipe de supervision doit aussi faire le suivi par des échanges régulières avec la mutuelle (mail, téléphone, visite...) pour apprécier l'état d'avancement de leurs réalisations. Le suivi est effectué à l'aide du tableau suivant.

N°	Recommandations	Niveau de mise en œuvre			Observations
		Non réalisé	En cours	Réalisé	