

# Centre International de Développement et de Recherche

---

**Gestion des opérations de micro-assurance santé  
dans le cadre d'un modèle partenarial entre groupes  
organisés et compagnies d'assurance privées - Sénégal**

**Manuel des process**

# MANUEL DES PROCESS

## GESTION DES OPERATIONS DE MICRO ASSURANCE

VERSION MISE A JOUR LE 17 AVRIL 2013

<b>ORGANISATION DU GUIDE .....</b>	<b>6</b>
<b>PRECISIONS .....</b>	<b>6</b>
<b>DIAGRAMME DES FLUX .....</b>	<b>7</b>
<b>1. RELATIONS AVEC LES USAGERS .....</b>	<b>8</b>
1.1. Relations avec les compagnies membres du PMAS.....	8
1.2. Organisation des relations avec les compagnies du PMAS .....	9
1.3. Relations avec les Usagers en délégation de gestion .....	10
<b>2. GESTION DES CONTRATS D'ASSURANCE.....</b>	<b>13</b>
2.1. Prospection.....	14
2.1.1. Supports de communication.....	14
2.1.2. Fiche de prospection.....	14
2.2. Proposition d'assurance .....	15
2.3. Rédaction du contrat .....	15
2.3.1. Instruction de la Fiche Client .....	16
2.3.2. Rédaction du contrat .....	16
2.4. Renouvellement .....	17
2.5. Résiliation .....	17
2.6. Paramétrage du contrat sur le SIG .....	18
<b>3. GESTION DES ADHESIONS .....</b>	<b>19</b>
3.1. Enregistrement des membres et des bénéficiaires .....	19
3.1.1. Etablissement des listings de données d'adhésion sous format de gestion « Papier ».....	20
3.1.2. Etablissement des listings de données d'adhésion sous gestion informatisée .....	20
3.2. Emission des identifiants .....	22
3.3. Intégrations ou retraits/sanctions .....	22
3.4. Suivi des adhésions.....	23
<b>4. GESTION DES COTISATIONS .....</b>	<b>25</b>
4.1. Décompte des cotisations .....	26
4.2. Appel des cotisations – Contrats d'assurance .....	26

4.3.	Enregistrement .....	27
4.4.	Recouvrement .....	27
<b>5.</b>	<b>GESTION DES RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES DE SANTE .....</b>	<b>29</b>
5.1.	Signature des conventions individuelles .....	31
5.1.1.	Signature avec les formations sanitaires publiques.....	31
5.1.2.	Signature avec les formations sanitaires privées.....	32
5.1.3.	Signature avec les pharmacies privées .....	32
5.2.	Gestion informatisée des prestataires .....	34
<b>6.</b>	<b>GESTION DES SINISTRES (LES PRESTATIONS) .....</b>	<b>35</b>
6.1.	Principes généraux des prises en charge médicales.....	36
6.1.1.	Facturation des prestations par les prestataires .....	37
6.1.2.	Prises en charge d'assurés hors prestataires conventionnés .....	37
6.1.3.	Mécanismes de prise en charge des hospitalisations sous tiers payant.....	37
6.1.4.	Mécanismes de prise en charge des autres soins.....	38
6.2.	Instruction des factures .....	39
6.2.1.	Vérification des droits.....	39
6.2.2.	Vérification des factures .....	39
6.2.3.	Contrôle médical des prestations .....	39
6.2.4.	Arbitrage des différends avec les prestataires .....	40
6.2.5.	Gestion des litiges avec les assurés hors mécanismes de tiers-payant .....	40
6.2.6.	Activités spécifiques du médecin conseil.....	40
6.3.	Paieement.....	41
<b>7.</b>	<b>GESTION FINANCIERE.....</b>	<b>42</b>
7.1.	Ressources du PMAS .....	42
7.2.	Dépenses du PMAS.....	43
7.3.	Suivi de trésorerie bancaire.....	43
7.4.	Suivi des comptes compagnies et usagers en délégation de gestion.....	44
7.5.	Recouvrement des cotisations auprès des usagers du PMAS .....	45
7.6.	Paieement des commissions .....	45
7.6.1.	Paieement des commissions de Front Office.....	45
7.6.2.	Paieement de l'intéressement financier des prestataires .....	45
7.7.	Impôts et cotisations .....	46
7.8.	Contrôle de gestion .....	46
<b>8.</b>	<b>GESTION DE L'INFORMATION.....</b>	<b>48</b>
8.1.	Production d'informations .....	48
8.2.	Circulation de l'information.....	48
8.3.	Capitalisation de l'information .....	48
<b>9.</b>	<b>TENUE DES DOSSIERS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>51</b>
1.	Cycle de vie détaillé d'un produit d'assurance .....	52
2.	Tableau des échanges d'information.....	53

## ACRONYMES

<b>CIDR :</b>	<b>C</b> entre <b>I</b> nternational de <b>D</b> éveloppement et de <b>R</b> echerche
<b>CIMA :</b>	<b>C</b> onférence <b>I</b> nterafricaine des <b>M</b> archés de l' <b>A</b> ssurance
<b>GO :</b>	<b>G</b> roupe <b>O</b> rganisé
<b>MAS :</b>	<b>M</b> icro <b>A</b> ssurance <b>S</b> anté
<b>MS :</b>	<b>M</b> utuelle <b>d</b> e <b>S</b> anté
<b>ONG :</b>	<b>O</b> rganisation <b>N</b> on <b>G</b> ouvernementale
<b>PS :</b>	<b>P</b> restataire de <b>S</b> anté
<b>PTF :</b>	<b>P</b> artenaires <b>T</b> echniques et <b>F</b> inanciers
<b>PMAS :</b>	<b>P</b> ool <b>M</b> icro <b>A</b> ssurance <b>S</b> anté
<b>SAM :</b>	<b>S</b> ystème d' <b>A</b> ssurance <b>M</b> aladie
<b>SCI :</b>	<b>S</b> ystème de <b>C</b> irculation de l' <b>I</b> nformation
<b>SIG :</b>	<b>S</b> ystème d' <b>I</b> nformation et de <b>G</b> estion
<b>URD :</b>	<b>U</b> nité de <b>R</b> echerche <b>D</b> éveloppement

## LEXIQUE

**Affiliation** : Désigne l'ensemble des opérations d'enregistrement des membres jusqu'à la délivrance des supports d'authentification.

**Adhérent/Titulaire** : Désigne le membre qui s'affilie ou souscrit à l'assurance maladie, s'engage à verser des cotisations ou primes pour lui et pour l'ensemble de ses dépendants ou personnes à charge afin de bénéficier des garanties offertes dans le contrat de micro assurance santé.

**Adhésion automatique** : Désigne une adhésion conditionnée par l'appartenance à un groupe qui met en œuvre des systèmes d'assurance maladie obligatoires pour le compte de l'ensemble de ses membres.

**Adhésion volontaire** : Acte unilatéral par lequel une personne physique adhère à un contrat d'assurance. L'adhésion est de son fait.

**Apériteur** : Société d'assurance qui établit la police d'un contrat souscrit en coassurance ou en pool.

**Assurés** : Ce terme désigne à la fois l'adhérent et ses personnes qui sont tous bénéficiaires des services de micro assurance santé

**Avenant** : Un avenant au contrat d'assurance est un acte juridique qui vient modifier les termes d'un contrat en accord avec les parties (assureur, assuré, voir les bénéficiaires).

**Bénéficiaire** : Désigne à la fois l'adhérent et tous ses dépendants ou personnes à charge pour qui les cotisations sont versées permettant de jouir des garanties définies par la micro assurance santé en cas de survenu du risque couvert.

**Budget utile** : Part de la prime réservée à la prise en charge des prestations soit la prime totale de laquelle diminuée des charges de fonctionnement (dans le cas des produits du PMAS, la part du budget utile est de 70%).

**Clause d'ajustement** : La clause d'ajustement représente la grille indiciaire qui permet de déterminer, pour l'exercice à venir, et après clôture de l'exercice en cours, les conditions tarifaires d'assurance. Elle détermine, au regard du ratio « sinistres sur primes », le pourcentage d'évolution du montant individuel des cotisations.

**Client** : désigne le groupe organisé souscripteur d'un contrat d'assurance groupe

**Coassurance** : Contrat souscrit avec plusieurs assureurs qui engagent leur responsabilité au prorata de leur participation à ce contrat et en toute indépendance, donc sans être solidaires entre eux. Un ou plusieurs assureurs peuvent être nommés apériteurs et seront les interlocuteurs privilégiés de l'assuré.

**Commission d'apérition** : Commission de gestion accordée à la compagnie apéritrice du contrat

**Commission de gestion** : Commission servie pour la prise en charge des charges liées à la gestion des contrats d'assurance

**Commission de front office** : Ce sont les commissions rétrocédées aux usagers qui accomplissent tout ou partie des charges de gestion de front office (affiliations, collecte des cotisations...)

**Contrat groupe** : Contrat souscrit par une personne morale (ou selon le code CIMA en son article 704, une communauté de personnes non constituée en personne morale mais qui en présente les mêmes formes organisationnelles) au profit d'un groupe d'assurés et de leurs éventuels bénéficiaires.

**Cotisations émises** : Elles représentent les cotisations appelées auprès d'un groupe organisé ayant déployé un mécanisme de partage des risques ou d'un souscripteur de contrat d'assurance

**Cotisations perçues** : Ce sont les cotisations encaissées par le groupe qui correspondent en totalité ou en partie aux engagements des adhérents pour l'exercice en cours.

**Courtier** : Désigne un intermédiaire d'assurance apporteur d'affaires du PMAS

**Délégation de gestion** : Désigne l'opération par laquelle le PMAS gère pour le compte des assureurs ou d'un groupe organisé ayant déployé un Mécanisme de Partage des Risques les opérations d'assurance et de gestion des risques.

**Financier de soins** : Organisme qui prend en charge les dépenses de santé d'un groupe de personnes présentant des pathologies communes ou des caractéristiques communes (les indigents par exemple)

**Front Office** : Le front office est l'ensemble des actions, fonctions ou tâches liées à la distribution de l'assurance santé se faisant en contact avec le client.

**Identifiant** : Moyen matériel permettant l'identification des assurés.

**Note de couverture** : Document contractuel qui précise les garanties et les conditions de garantie du contrat en cours de rédaction. Elle n'a qu'une valeur transitoire.

**Ouverture des droits** : C'est la date retenue pour marquer la clôture des versements des primes (ou cotisations) et la période à partir de laquelle tous les adhérents et leurs ayants droits peuvent démarrer les prises en charge en cas d'évènement de maladie couverte.

**Paiement fractionné** : Signifie le paiement échelonné de la prime à travers plusieurs versements et à intervalles de temps défini jusqu'au règlement définitif de la somme due.

**Paiement anticipé** : Désigne le versement intégral de la prime avant les délais prescrits permettant à l'adhérent de s'acquitter de ses obligations au moment qui lui plus propice.

Police d'assurance :

**Prélèvement automatique** : Désigne le mode de collecte de la cotisation ou prime à partir d'une source de revenus ou d'un dépôt d'argent par exemple à travers l'épargne, le crédit, la vente ou l'achat d'un bien. Ce prélèvement peut se faire en une ou plusieurs ponctions.

**Prospect** : Personne morale (ou organisée comme telle selon l'article 704 du code CIMA) démarchée en vue de devenir souscripteur d'un contrat du PMAS

**Radiation** : Désigne le fait qu'un membre, adhérent, bénéficiaire ou groupe est suspendu et ne pouvant plus bénéficier des prises en charge sanitaires suite à un grave manquement : fraude, défaut de paiement de cotisations...

**Recouvrement des cotisations** : Définit tous les procédés, actions et délais retenus pour organiser la collecte des primes auprès des adhérents.

**Recouvrement des tickets modérateurs** : Définit tous les procédés retenus pour recouvrer les tickets modérateurs indûment assumés par le PMAS au profit d'un bénéficiaire des services d'assurance

**Sélection adverse** (ou anti-sélection) : Désigne le fait que les personnes souffrant de maladies chroniques ou récidivantes et les vieilles personnes adhèrent en masse et que les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir à souscrire à la micro assurance santé.

**Sinistres** : Réalisation du risque d'assurance (les prestations de santé) prévu au contrat, de nature à engager la garantie de l'assurance.

**Souscripteur** : Désigne l'adhérent ou le titulaire qui s'est inscrit et ou a inscrit ses dépendants, s'engage à payer les montants de cotisations prévues pour bénéficier des garanties offertes dans le contrat de micro assurance santé.

**Système d'Assurance Maladie** : Désigne tout régime d'assurance maladie dont la gestion est déléguée au PMAS

**Système d'Information et de Gestion** : Désigne l'application informatique par laquelle le PMAS gère les opérations d'assurance et de gestion des risques.

**Système de Circulation de l'Information** : Désigne l'application informatique par laquelle le PMAS automatise ses relations d'information (émission et transfert) avec les usagers et les prestataires de santé.

**Support d'authentification (ou Identifiant)** : Désigne le document qui permet à l'assuré d'être authentifié comme assuré par son groupe, le PMAS ou les prestataires. Le support peut être matériel ou immatériel. Il peut s'agir d'une carte, d'un numéro d'authentification, etc.

**Usager** : Désigne l'entité qui utilise les services de gestion du PMAS. On distingue deux catégories d'usagers : (i) les usagers financeurs de soins de santé (les assureurs porteurs de risques et les autres financeurs de soins, les fonds publics d'achat par exemple) et (ii) les usagers souscripteurs de contrats d'assurance, principalement les groupes organisés.

## Organisation du manuel

Le manuel des process relate l'ensemble de la démarche méthodologique de la gestion des opérations d'assurance par le PMAS délégataire de gestion. Ce manuel décrit les interactions entre le PMAS, les compagnies, les usagers souscripteurs ou en délégation de gestion et les prestataires de santé.

Le manuel décrit le contenu de chaque processus de gestion et leur cohérence : gestion des contrats d'assurance, des adhésions, des cotisations, des relations avec les prestataires, des sinistres, gestion financière de l'information et tenue des dossiers.

Chaque processus est composé d'activités ou procédures dont les objectifs et les résultats attendus sont décrits.

Chaque activité / procédure donnera lieu à une ou plusieurs notes techniques.

Des supports seront indexés aux notes techniques. Ce sont des documents immédiatement utilisables et formatés. Ils seront accessibles depuis ce manuel par des liens hypertextes. Les documents seront classés par catégories d'activités à mener dans l'ordre chronologique dans lequel elles doivent se dérouler. Les documents seront régulièrement mis à jour et complétés au fur et à mesure des retours d'expérience.

**Le présent manuel est complété par un document de présentation détaillée des procédures.**

## Précisions

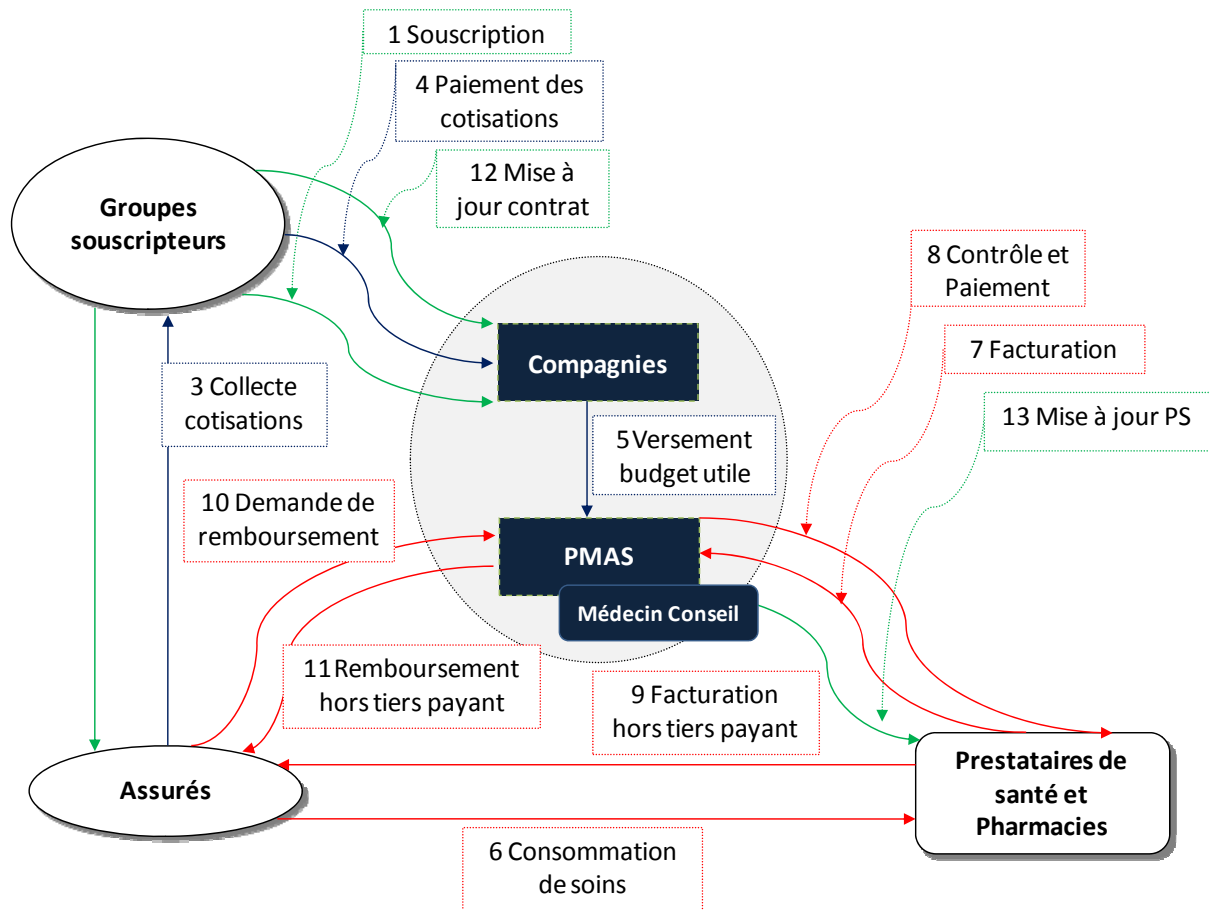
Les opérations de gestion du PMAS sont étroitement liées à l'exploitation du Système d'Information et de Gestion (SIG). Ce manuel tient donc compte des fonctionnalités du SIG et des articulations potentielles avec les process de gestion.

Le SIG permet d'exploiter les différentes fonctions de gestion : (i) gestion des clients, (ii) gestion des prestataires, (iii) gestion des opérations d'assurance, (iv) gestion du risque.

Le PMAS a par ailleurs pour objectif de développer un Système de Circulation de l'Information (SCI) qui va permettre de procéder à des échanges d'informations automatisés avec (i) les usagers (transmission des données front office), (ii) les prestataires (identification des assurés) ou encore (iii) les compagnies.

Ces informations sont déversées au moyen de passerelles informatiques dans le SIG. Cette application n'étant pas encore développée le présent manuel de process n'en tient pas compte.

## Diagramme des flux





# 1. Relations avec les usagers

## 1.1. Relations avec les compagnies membres du PMAS

Le PMAS est constitué à l'initiative de compagnies d'assurance du marché sénégalais, six compagnies en sont membres fondateurs. Le PMAS est constitué sous la forme associative depuis le mois d'octobre 2010 pour une durée indéterminée.

Les relations entre les compagnies sont encadrées par les statuts et le règlement intérieur de l'association. Ces dispositions prévoient également les modes de rémunération du PMAS.

Le PMAS est doté d'un Conseil de Direction qui est chargé de définir sa mission, sa politique générale, d'approuver les statuts et règlements ainsi que d'arrêter les comptes. Le Conseil de Direction est également chargé de définir les orientations en matière de souscription et de règlement de sinistres.

Le Conseil de Direction nomme et met fin aux fonctions du Directeur. Ce dernier est responsable de la gestion et du développement du PMAS. Il en coordonne les activités.

Il se réunit au moins deux fois par an et autant de fois que de besoin pour statuer, arrêter les comptes de l'exercice et présenter un rapport sur la situation financière et morale du pool.

Il se réunit sur convocation du Président ou au moins du tiers de ses membres.

Toutes les décisions du Conseil de Direction sont prises à la majorité simple, sauf pour les dispositions de l'article 2 et de l'article 7. A défaut d'accord, la voix du Président comptera double.

La présence de la majorité des membres en exercice du bureau est nécessaire pour la validité des délibérations.

Les compagnies membres du PMAS observent strictement les dispositions du code CIMA relatives à l'exercice de leur profession et notamment le règlement 0003/CIMA/PCMA/PCFE/2012 portant « Organisation des opérations de microassurance dans les Etats Membres de la CIMA ».

Le PMAS a engagé avec succès le processus de validation des produits qui sont distribués par son autorité de tutelle, la direction des assurances du Ministère des Finances. Il s'agit là d'une obligation réglementaire à laquelle les compagnies d'assurance sont soumises. Le processus de validation est double :

- Validation des produits : garanties et conditions de garantie
- Validation de l'habillage juridique des produits : Conditions Générales et Conventions Spéciales.

Le PMAS est donc habilité à distribuer des produits de microassurance santé.

### **ENCADRE**

Les Compagnies membres du PMAS :

<b>ASKIA</b>	25 Bld de la République	BP 14831 – Dakar Peytavin	Tél. : 33 889 40 41
<b>ASS</b>	Rue A. Le Dantec x rue Million	BP 2623-Dakar	Tél. : 33 849 05 99
<b>CGA</b>	10, Av. L; S. Senghor x F. Faure	BP 50184-Dakar RP	Tél. : 33 889 62 00
<b>CNART</b>	Rocade Fann Bel-Air - Place Bakou	BP 22545 Dakar Ponty	Tél. : 33 831 06 06
<b>NSIA</b>	18-20 Av Léopold S. Senghor	BP 50225 Dakar	Tél. : 33 889 60 60
<b>SALAMA</b>	67, Bd de la République	BP 21022 Dakar	Tél. : 33 849 48 00

*Ces membres fondateurs pourraient être rejoints par d'autres compagnies du marché après l'accord du Conseil de Direction et selon des modalités que ce dernier déterminera au cas par cas.*

## 1.2. Organisation des relations avec les compagnies du PMAS

Les documents réglementaires du PMAS décrivent notamment comment s'organisent les relations entre les compagnies. Sont ainsi concernés :

- La répartition en coassurance
- L'attribution de l'apérition dans le cas d'affaires apportées par le PMAS

Il est tenu compte dans le présent manuel des process spécifiques à chacune de ces relations.

Le Pool met en place une capacité de gestion, le PMAS à qui est dédiée, par des conventions de délégation de gestion, la gestion des contrats d'assurance souscrits au nom du Pool.

Cette convention de délégation de gestion est individuelle : chaque compagnie décide de la délégation de gestion à la capacité commune de gestion, ci-après appelée PMAS.

La convention précise les conditions d'exercice des fonctions du PMAS et les relations entre les parties.

Parmi les dispositions de cette convention de délégation de gestion, certaines ont des incidences directes sur la gestion :

- **Rémunération** : Le PMAS est rémunéré pour les services de gestion qu'il accomplit. Sa rémunération est de 7% des cotisations collectées.
- **Fonds de roulement** : Quand le PMAS n'a pas la délégation d'encaissement des cotisations, la compagnie s'engage à mettre à disposition du Pool un fonds de roulement pour lui permettre de faire face aux demandes d'indemnisation des assurés ou des prestataires de santé.
- **Alertes** : Le PMAS s'engage à alerter l'assureur dans les cas de figure ci-après énumérés :
  - Pour tout sinistre supérieur à un montant prédéfini
  - Dès que le niveau d'abondement du fonds de roulement ne permettra pas la prise en charge des dépenses de santé que le PMAS doit assumer pour le compte de la compagnie.
- **Tenue des livres** : Le PMAS tient pour le compte de la compagnie les différents registres, bordereaux et journaux qui permettent l'exercice du droit de contrôle de l'assureur et qui répondent aux obligations légales et réglementaires auxquelles l'assureur serait soumis.
- **Envoi de statistiques** : Le PMAS et la compagnie conviennent des informations statistiques à transmettre et de la périodicité de leur envoi.
- **Médecin conseil** : Le recours à un médecin conseil est prévu pour optimiser le contrôle des dépenses.

Le PMAS met en place des processus de gestion qui tiennent compte de cet environnement spécifique.

---

### Documents :

Statuts

Règlement Intérieur

Modèle de convention de délégation « compagnies »

---

Dans le cadre formel de leurs relations, le PMAS et les compagnies conviennent de plusieurs modalités d'information afin de permettre aux compagnies d'avoir des informations (i) de suivi des activités commerciales du PMAS, (ii) de suivi des engagements financiers et (iii) de maîtrise des risques.

L'information ainsi rétrocédée prend plusieurs formes : (i) Rapports statistiques périodiques d'activité et (ii) Bordereaux (de production, de prime, de sinistres).

A la demande d'une ou de plusieurs compagnies, le PMAS peut être appelé à transmettre des informations spécifiques à un contrat.

Quand il s'agit d'informations plus spécifiques, le format et le contenu en sont alors précisés par la compagnie demandeuse.

---

**Documents :**

Rapport statistique trimestriel

Rapport statistique annuel

Bordereau de production

Bordereau d'encaissement de prime

Bordereau de sinistre

---

### 1.3. Relations avec les Usagers en délégation de gestion

Le PMAS noue des relations d'affaires avec des Usagers qui mettent en place des systèmes de prise en charge de dépenses de santé sans portage des risques par les compagnies membres du PMAS (mutuelles sociales, régimes d'auto-assurance, IPM, Fonds d'achat...). Le PMAS agit en délégataire de gestion.

La convention de délégation de gestion va permettre de fixer contractuellement le périmètre de la gestion déléguée au PMAS. Il s'agit d'un document essentiel car il va fixer les droits, les devoirs et les engagements des parties au contrat.

**Sa signature est un préalable indispensable à la mise en œuvre de toute action de gestion.**

La convention de délégation de gestion détermine les principes suivants :

#### **Engagements, fonctions et obligations du PMAS**

1. **Fonds de roulement** : L'Usager s'engage à mettre à disposition du PMAS un fonds de roulement pour lui permettre de faire face aux demandes d'indemnisation des assurés ou des prestataires de santé.
2. **Alertes** : Le PMAS s'engage à alerter l'Usager dans les cas de figure énumérés de manière détaillée dans le protocole de délégation de gestion.
3. **Tenue des livres** : Le PMAS tient pour le compte de l'Usager les différents registres, bordereaux et journaux qui permettent l'exercice du droit de contrôle de l'Usager et qui répondent aux obligations légales et réglementaires auxquelles l'Usager serait soumis.
4. **Envoi de statistiques** : Le PMAS et l'Usager conviennent des informations statistiques à transmettre et de la périodicité de leur envoi.
5. **Médecin conseil** : Le PMAS met à la disposition de l'Usager les services d'un médecin conseil.
6. **Les identifiants des assurés** : Le PMAS remet aux sociétaires des usagers qui lui délèguent la gestion de leurs SAM des cartes d'adhérent ou d'autres moyens de reconnaissance.
7. **Documents fournis par l'Usager** : L'Usager s'engage à fournir au PMAS un ensemble de documents et d'informations afin de permettre le bon exercice des services de délégation de gestion.

**Engagements, fonctions et obligations de l'Usager** : L'Usager s'engage, entre autres, à respecter les principes généraux suivants :

1. Informer les assurés sur les produits distribués par l'Usager

2. Mettre en place et respecter les règles d'affiliation (adhésion automatique ou volontaire, adhésion familiale...)
3. Mettre en place les mécanismes de gestion et les outils afférents pour la réalisation des activités de gestion de première ligne
4. Exercer un contrôle social de proximité pour vérifier la cohérence des prises en charge

**Durée du contrat :** La convention précise la date d'effet, la durée ainsi que les formes de sa modification ou de sa résiliation.

**Rémunération du PMAS :** Le PMAS est rémunéré par l'Usager en contrepartie des services à lui rendus. La convention précise le montant de la rémunération exprimé en pourcentages des primes gérées par le PMAS. Ce taux est de 7%.

**Commissions de Front Office :** Le PMAS s'engage à verser à l'Usager une commission servant à couvrir les charges liées aux activités de Front Office qu'il assumerait.

**Gestion des effectifs :** Le PMAS et l'usager conviennent des modalités précises de gestion des effectifs et notamment des procédures d'information réciproque (envoi des listes d'adhérents et d'ayants-droits par exemple).

**Gestion des frais de santé :** Le PMAS gère pour le compte des usagers les prestations de santé. La convention détaille le périmètre de cette gestion et notamment :

1. Les garanties
2. Les conditions de garantie
3. Les exclusions
4. Les plafonds...

**Suivi du risque :** Le PMAS accepte le principe de rétrocession d'informations à l'Usager. Une fois par trimestre (ou selon une périodicité à convenir d'accord parties), le PMAS adresse à l'Usager, contrat par contrat, un ensemble d'informations statistiques qui permettent de suivre leur évolution et d'anticiper les problèmes potentiels :

1. Récapitulatif analytique global des dépenses réglées aux prestataires de santé ;
2. Détail des dépenses par contrat et par assuré.

A la clôture de chaque exercice, le PMAS adresse à l'Usager, dans un délai d'un mois à compter de la date de fin d'exercice, les éléments d'information suivants :

1. Etats statistiques détaillés ;
2. Comptes clôturés...

**Contrôle :** Le PMAS s'engage à mettre à la disposition et à la demande de l'Usager tous registres, livres, bordereaux et pièces, y compris tous les documents comptables et administratifs, permettant un contrôle des opérations de gestion effectuées en exécution de la présente convention de délégation de gestion.

**Archivage :** Le PMAS s'engage à respecter les obligations d'archivage auxquelles l'Usager est soumis par la réglementation qui lui est applicable au Sénégal.

---

**Documents :**

Convention de Délégation de Gestion

---

Les usagers doivent recevoir tout au long de la vie du contrat des informations statistiques détaillées et commentées qui peuvent donner lieu à l'établissement de recommandations dont l'objectif principal est la maîtrise des dépenses pour que leur niveau ne remette pas en cause l'équilibre technique du contrat.

Il revient au médecin-conseil du PMAS d'établir, sur la base du Rapport de statistiques, un Rapport d'analyse médicale, qui permet de déterminer et de suivre les grandes tendances de consommation

et l'étude des gros postes de coût. Ce rapport est établi avec l'assistance du médecin-conseil du PMAS, et reste strictement anonyme.

Ces différents rapports sont transmis à l'Usager et, selon les cas, à la compagnie.

---

**Documents :**

Rapport statistique mensuel

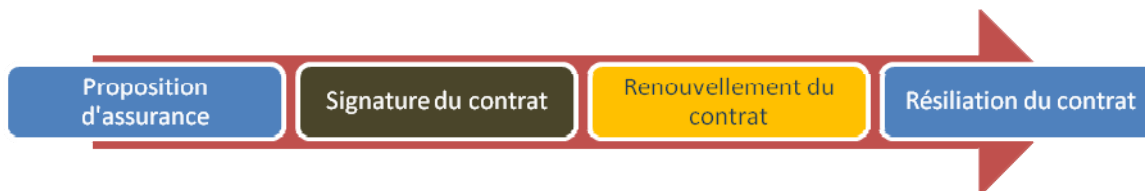
Rapport statistique trimestriel

Rapport statistique annuel

Rapport d'analyse médicale

---

## 2. Gestion des contrats d'assurance



Le processus de gestion des contrats d'assurance démarre avec la prospection de nouveaux usagers. Ce processus décrit donc les étapes qui mènent (i) des actions initiales de prospection jusqu'à (ii) la signature d'un contrat d'assurance ou de délégation de gestion puis (iii) à sa gestion (avenants de renouvellement, de modification, d'incorporation, de retrait et de résiliation).

L'activité commerciale du PMAS relève autant des compagnies membres du pool que du PMAS en lui-même qui peut entrer en contact avec des Groupes Organisés ou qui peut être directement saisi par des groupes pour la signature de contrats d'assurance ou de conventions de délégation de gestion.

Ce processus comporte les activités suivantes spécifiquement menées par le PMAS :

- Prospection
  - Supports de communication
  - Fiche de prospection
  - Guides de démarchage et questionnaires
- Proposition d'assurance
- Rédaction du contrat
  - Instruction de la Fiche Client
  - Rédaction du contrat
  - Signature du contrat
- Renouvellement
- Résiliation
- Paramétrage du contrat sur le SIG

### ENCADRE

#### Le contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est un accord passé entre une compagnie d'assurance (quelle que soit sa forme) et un preneur d'assurance (personne physique ou personne morale) fixant à l'avance et pour une période déterminée (la période de garantie) des échanges financiers (le montant des cotisations et celui des indemnités en cas de réalisation du risque) en fonction d'un ensemble bien défini d'événements aléatoires (les garanties souscrites).

La **police d'assurance** est l'écrit qui constate la formation d'un contrat d'assurance. La police permet de préciser les informations essentielles d'un contrat d'assurance : la date de prise d'effet du contrat, la durée de la garantie, les caractéristiques du risque assuré, le montant des versements à effectuer par le souscripteur et le mode de détermination des prestations de l'assureur.

## 2.1. Prospection

Sont ici concernées les actions de prospection menées par le PMAS.

Les compagnies d'assurance mènent par ailleurs pour leur propre compte des actions de prospection qui relèvent de leur organisation interne. Elles ne sont donc pas abordées dans ce manuel.

### 2.1.1. Supports de communication

Le PMAS dispose de supports de communication qui doivent être communiqués lors des contacts pris avec les prospects. Ces supports sont sur format papier ou électronique.

Ces supports de communication détaillent les activités et les services du PMAS. Ils donnent des informations sommaires sur les produits d'assurance distribués.

Les supports d'information sont régulièrement aménagés et mis à jour.

---

**Documents :**

Supports de communication

---

### 2.1.2. Fiche de prospection

La fiche de prospection est un outil de suivi commercial. Ces fiches sont intégrées au dossier client. Elles font l'objet d'une revue régulière lors des réunions de l'équipe en charge des prospections.

Pour chaque usager prospecté, le PMAS établira une fiche de prospection.

Cette fiche de prospection doit également permettre de suivre l'état d'avancement des négociations avec les usagers prospectés.

Une partie de ce document est également réservée à la consignation des informations obtenues lors des différentes réunions ou entretiens téléphoniques.

Des supports sont disponibles pour faciliter les actions de prospection. Il s'agit de guides de démarchage (groupes organisés et écoles) et de questionnaires (groupes organisés et écoles). Ces supports doivent permettre la collecte organisée et exhaustive des informations permettant de comprendre les besoins d'assurance des prospects et de pouvoir ainsi leur formuler des propositions d'assurance conformes à leurs attentes.

---

**Documents :**

Fiche de prospection  
Guide démarchage Groupes  
Questionnaire Groupes  
Guide démarchage Ecoles  
Questionnaire Ecoles

---

#### **ENCADRE**

##### **L'éligibilité à l'assurance d'un groupe organisé**

Au-delà des aspects organisationnels (voir les procédures d'appui conseil aux groupes), il a été retenu un critère de taille minimale pour juger de l'éligibilité d'un groupe organisé à l'assurance santé par le PMAS.

Un groupe doit représenter des effectifs de 200 personnes au minimum (adhérents et ayants-droits) pour pouvoir souscrire un contrat d'assurance.

## 2.2. Proposition d'assurance

Dans le cadre des activités commerciales menées par le PMAS, les usagers prospectés doivent recevoir une proposition d'assurance détaillée. Cette proposition d'assurance doit mettre en avant les informations clé qui permettront aux usagers prospectés de pouvoir se décider en toute connaissance de cause lors de leur démarche d'achat d'assurance.

Les conditions éventuelles d'intéressement des usagers qui assumeront des fonctions de front office doivent également être précisées dans la proposition d'assurance et notamment le taux des commissions qui leur sont rétrocédées.

Ce document doit être formellement adressé aux prospects pour validation. En cas d'accord du prospect, attesté par le retour signé de la proposition d'assurance, la phase de rédaction du contrat s'engage.

---

### Documents :

Proposition d'assurance

Descriptif détaillé des produits d'assurance distribués par le PMAS

---

#### **ENCADRE**

##### **Le prix de cession des produits d'assurance**

Ce prix de cession est fixé par les compagnies membres du PMAS quand elles décident de commercialiser un produit de microassurance santé. Ce prix ne doit pas être modifié.

#### **ENCADRE**

##### **L'unité de compte familiale**

Cela représente les membres d'une famille qui adhère à un système d'assurance.

Les usagers souscripteurs gardent la possibilité de définir cette unité de compte. Lors des actions de prospection, des discussions doivent être menées avec les responsables du groupe pour en fixer le périmètre c'est-à-dire le nombre d'ayants-droits minimal à couvrir.

## 2.3. Rédaction du contrat

Une fois l'accord du prospect obtenu, le PMAS va rédiger le contrat d'assurance pour le compte de la compagnie apéritrice après réception de l'accord du prospect sur la proposition d'assurance qui lui a été transmise.

Un travail de contrôle des documents contractuels doit être effectué par le PMAS pour vérifier la cohérence et la complétude des informations permettant la rédaction du contrat.

Deux cas de figure sont à retenir pour la désignation de la compagnie apéritrice :

- L'affaire est apportée par une des compagnies du pool ; cette dernière est la compagnie apéritrice du contrat à émettre.
- L'affaire est apportée par le PMAS ; la compagnie apéritrice est désignée selon le mode opératoire suivant : le nom d'une compagnie est tiré au sort pour être la première compagnie apéritrice. Il s'agit de CGA. Ensuite, les compagnies ont retenu l'ordre alphabétique.

La signature du contrat d'assurance est toujours de la responsabilité de la compagnie apéritrice. Les compagnies ont décidé de ne pas incorporer de tableau de coassurance : cela n'est pas nécessaire dans le cadre d'un pool.

Pour permettre au PMAS de rédiger les contrats, les compagnies membres du pool délivrent des séquences de numéros de police utilisables par le PMAS.



### 2.3.1. Instruction de la Fiche Client/Groupe organisé

Le PMAS instruit une « **Fiche client** » à partir des informations consignées dans la « **Fiche de Prospection** » et de la « **Proposition d'Assurance** ». Cette fiche correspond à une fiche de synthèse des éléments clé relatives au souscripteur du contrat.

Ces informations de base doivent être complétées avant la rédaction du contrat par la collecte de l'ensemble des données d'affiliation des membres du contrat groupe à couvrir.

Le PMAS envoie, pour cela, à l'usager des « **Bulletins d'adhésion** » qui vont permettre la compilation des données d'adhésion pour l'ensemble des bénéficiaires (assurés et ayants-droits). Voir « **§ 3 Gestion des adhésions** »

---

**Documents :**

Fiche Client  
Bulletin d'adhésion

---

### 2.3.2. Rédaction du contrat

Le PMAS rédige pour le compte des compagnies les contrats d'assurance et les avenants aux contrats d'assurance.

Les principes suivants doivent être appliqués :

- Les contrats d'assurance sont signés par les compagnies.
- Le PMAS a délégation de signature pour les avenants de précision (avenant d'incorporation, avenants de retraits, avenants périodiques de précision).
- Les avenants de renouvellement et de résiliation sont signés par les compagnies.

Avant la rédaction du contrat, le PMAS doit vérifier qu'il dispose de l'ensemble des informations nécessaires.

Le gestionnaire doit veiller à ce que figurent dans le texte contractuel les éléments suivants :

- Liste des bénéficiaires de la couverture
- Liste des exclusions (actes non remboursés)
- Liste des médicaments non remboursés
- Clause d'ajustement

**La durée du préavis de résiliation doit être spécifiquement mentionnée.**

Il doit également être vérifié que figurent au contrat lors de son envoi au client pour signature les documents suivants :

- Les instructions pour la prise en charge des frais médicaux (avec et sans tiers-payant)
- La liste des prestataires de santé agréés.

Les Conditions Générales et les Conventions Spéciales doivent toujours être attachées aux Conditions Particulières. Elles font nécessairement partie du contrat.

Le contrat peut dès lors être soumis à la signature de la compagnie puis de l'usager souscripteur.

Lors de la remise des contrats aux usagers souscripteurs, le PMAS doit veiller à remettre le guide de l'assuré décliné selon le ou les produits souscrits.

---

**Documents :**

Liste des bénéficiaires de la couverture (assurés et ayants-droits)  
Liste des Exclusions (actes non remboursés)  
Liste des médicaments non remboursés

---

Clause d'ajustement automatique  
Instructions pour la prise en charge des frais médicaux  
Liste des prestataires de santé conventionnés  
Conditions particulières  
Conditions générales  
Conventions spéciales  
Guide de l'assuré (distingué selon le ou les produits souscrits)

---

**PRECISION**

Les contrats d'assurance seront signés par des groupes, les délais de carence (ou périodes d'observation) sont donc **abrogés** par l'assureur.

Il doit en être spécifiquement fait mention dans la rédaction des Conditions Particulières.

## 2.4. Renouvellement d'un contrat

L'établissement de la nouvelle prime dépend de plusieurs facteurs :

- Le ratio « Sinistres sur Prime » pour permettre de faire jouer la clause d'ajustement contenue dans le contrat et faire évoluer les conditions de prime.
- L'état des personnes à garantir (le nombre de personnes couvertes) après les incorporations et les retraits.
- Les modifications portées aux garanties (si les conditions tarifaires sont susceptibles d'être modifiées, il est nécessaire d'obtenir l'accord de la compagnie).

Les conditions de prime étant établies pour l'exercice à venir, le gestionnaire peut alors procéder au renouvellement du contrat.

**L'avenant de renouvellement doit être signé par la compagnie apéritrice.**

L'avenant peut alors être envoyé à l'utilisateur pour signature.

---

**Documents :**

Lettre de clôture d'exercice usager  
Lettre de clôture d'exercice prestataires  
Avenant de renouvellement

---

**PRECISION**

Si le contrat est en tiers-payant, il faut également envoyer aux prestataires agréés une « Lettre de clôture d'exercice Prestataire », par laquelle il leur est demandé de faire parvenir au PMAS les dernières factures relatives à l'exercice clôturé. La date limite des remboursements pris en charge doit leur être notifiée conformément aux termes de la convention individuelle.

## 2.5. Résiliation d'un contrat

La résiliation du contrat peut être du fait de l'assuré ou de la compagnie.

Dans les deux cas, la résiliation doit être demandée par courrier recommandé avec accusé de réception par l'une ou l'autre des parties.

La résiliation impose le respect d'un préavis. Le Code CIMA prévoit en son article 701, du Livre VII dédié à la microassurance, une durée de deux mois pour tout préavis de résiliation. La durée de ce

préavis est précisée aux conditions particulières du contrat. Elle peut être contractuellement réduite à la demande de l'une des parties au contrat.

En cas de résiliation, il faut vérifier si les délais de préavis ont été respectés. La résiliation en dehors de la date d'échéance est possible ; elle donne lieu à l'établissement d'un Avenant et d'une Quittance de prime au débit ou de ristourne.

La résiliation est matérialisée par l'émission d'un avenant de résiliation établi par le PMAS et **signé par la compagnie apéritrice**.

L'avenant de résiliation peut alors être envoyé à l'utilisateur pour signature :

---

**Documents :**

Avenant de résiliation

Quittance de prime au débit ou de ristourne

---

#### **PRECISION**

Il est important, lors de la résiliation d'un contrat, de veiller à apurer les comptes et notamment les créances anciennes non recouvrées. Voir « [Gestion des cotisations](#) »

### **2.6. Paramétrage du contrat sur le SIG**

Le contrat doit ensuite être paramétré sur le SIG afin d'en permettre la gestion informatisée. Le PMAS dispose d'un manuel d'utilisateur du SIG qui doit le guider dans le paramétrage.

Le détail des opérations de saisie sur le SIG n'est donc pas décrit dans le présent document.

***Le présent manuel de process ne reprend pas le détail des étapes du fonctionnement du SIG. Pour cela, il convient de se référer au manuel d'utilisateur du SIG.***

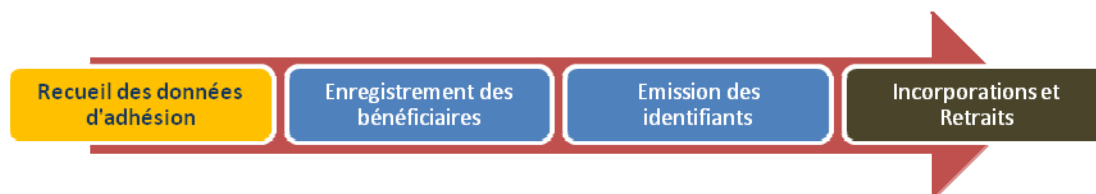
---

**Documents :**

Manuel d'utilisateur du SIG

---

### 3. Gestion des adhésions



La gestion des adhésions se fait au travers du Système d'Information.

C'est un élément clé de la gestion contractuelle car ce besoin de gestion précise répond à plusieurs objectifs :

- L'identification détaillée et individuelle des bénéficiaires
- L'attribution automatique par le SIG d'un numéro de code servant à l'identification des bénéficiaires et de leurs ayants-droits
- L'attribution des droits à bénéficier des services de l'assurance
- La reconnaissance des bénéficiaires par les prestataires de santé
- Le suivi des engagements financiers (gestion des cotisations et gestion des prestations)

Elle permet également d'alimenter les autres domaines de gestion (gestion financière, gestion des risques) et de viser les objectifs suivants :

- Gestion des incorporations et des retraits
- Suivi individuel des consommations
- Optimisation du contrôle des dépenses...

**Ce manuel ne concerne que les adhésions de groupe.**

Les procédures suivantes sont décrites :

- Enregistrement des membres et des bénéficiaires
  - Listing des données d'adhésion sous format de gestion « Papier »
  - Listing des données d'adhésion sous gestion informatisée
    - Etablissement du listing sur supports indépendants
    - Etablissement du listing à partir du Système de Circulation de l'Information
- Emission des identifiants
- Intégrations ou retraits/sanctions
- Suivi des adhésions

#### 3.1. Enregistrement des membres et des bénéficiaires

Il doit être procédé à l'enregistrement des membres et bénéficiaires sur le SIG à partir des informations transmises par les usagers souscripteurs ou en délégation de gestion. Trois étapes doivent être respectées :

- (i) la collecte des données,
- (ii) la saisie des données,
- (iii) le contrôle des données.

Le contrôle des données est une étape à inclure dans le processus spécifique de gestion des contrats afin de vérifier que les données transmises sont cohérentes avec le nombre de personnes déclarées en vue des appels de cotisation. Ce contrôle doit intervenir lors de l'émission des identifiants.

Plusieurs cas de figure doivent être envisagés (i) selon que les usagers disposent d'un équipement informatique permettant la transmission ou non des données sous format électronique et (ii) selon que le Système de Circulation de l'Information (SCI) est opérationnel.

**DANS TOUS LES CAS DE FIGURE,  
IL DOIT ETRE DEMANDE A L'USAGER SOUSCRIPTEUR  
DE REMPLIR EXHAUSTIVEMENT ET INDIVIDUELLEMENT  
LES BULLETINS D'ADHESION DE SES SOCIETAIRES.**

Les bulletins d'adhésion sont numérotés pour permettre leur suivi. Ils doivent permettre la collecte exhaustive des données d'adhésion. Ces documents doivent être accompagnés pour chacun des assurés des documents suivants : la copie de l'acte de naissance de chaque enfant, la copie de l'acte de mariage pour chaque conjoint, et une photo si le contrat est en Tiers-Payant.

Les bulletins d'adhésion **VIERGES** sont transmis à l'utilisateur dès la conclusion du **contrat**. C'est un préalable à sa mise en œuvre.

Le PMAS doit également adresser sous format papier ou sous format électronique un tableau de recueil des données d'adhésion. Ce listing est à instruire par les Usagers.

**LE DOCUMENT DE RECUEIL DES DONNEES D'ADHESION SERT  
DE REFERENCE CONTRACTUELLE. IL DOIT DONC ETRE SIGNE PAR LE SOUSCRIPTEUR.  
LE SOUSCRIPTEUR EST RESPONSABLE DE L'ENVOI DES DONNEES D'ADHESION  
QU'IL A REUNIES ET VERIFIEES.**

La procédure comprend les étapes suivantes :

- Remplir le listing des données d'adhésion sous format « Papier » ou sous format informatisé ;
- Emettre les identifiants
- Procéder aux intégrations ou retraits
- Suivre les adhésions

### 3.1.1. Etablissement des listings de données d'adhésion sous format de gestion « Papier »

Dans ce cas de figure, l'utilisateur ne dispose pas d'un équipement informatique permettant la réunion des informations liées aux adhésions telles qu'elles ont été compilées sur les fiches individuelles d'adhésion.

Le PMAS va remettre aux usagers souscripteurs un support papier pré-formaté qui sera manuellement instruit et qui permettra le recueil exhaustif des bénéficiaires et de leurs ayants-droits. Ce document reprend, sous forme de tableau, les éléments d'information relatifs aux bénéficiaires et à leurs ayants-droits tels que détaillés dans les bulletins d'adhésion.

Une fois instruit par l'utilisateur souscripteur, ce document doit être adressé au PMAS pour saisie sur le SIG.

### 3.1.2. Etablissement des listings de données d'adhésion sous gestion informatisée

**RESERVE**

**Le PMAS n'a pas mis en œuvre le Système de Circulation de l'Information (SCI).  
Le présent manuel de process devra être complété selon les spécificités du SCI.**

### *Etablissement du listing sur supports indépendants*

Il est entendu par « Support indépendant », un document ne permettant pas son retraitement automatique par le SIG. Ce document est standardisé sous « Excel ». Il est transmis aux Usagers pour que ces derniers procèdent à son instruction.

Le support « Excel » reprend, sous forme de tableau, les éléments d'information relatifs aux bénéficiaires et à leurs ayants-droits tels que détaillés dans les bulletins d'adhésion.

La responsabilité de la saisie des données d'adhésion sur le SIG revient aux gestionnaires du PMAS. Ces derniers devront vérifier la cohérence et la complétude des données d'adhésion transmises par les Usagers. Cette étape est très importante car elle est directement reliée à la capacité d'accès aux prestations par les bénéficiaires.

#### **ENCADRE**

Il est recommandé de former les usagers au remplissage du tableau Excel notamment pour le respect des règles formelles de saisie des données (respect de règles de frappe [utilisation de minuscules par exemple], complétude des données à saisir...) Un document d'aide à la saisie doit accompagner la transmission du support « Excel ».

### *Etablissement du listing à partir du Système de Circulation de l'Information*

Le PMAS développe un Système de Circulation de l'Information pour optimiser les relations d'échanges d'informations avec les Usagers. Le SCI permet l'automatisation du transfert des informations par le Front Office des Usagers vers le SIG du PMAS au moyen de passerelles informatiques.

Les usagers ont accès à un menu de saisie des données d'adhésion. Cette application informatique reprend les éléments d'information relatifs aux bénéficiaires et à leurs ayants-droits tels que détaillés dans les bulletins d'adhésion. Les agents de Front Office des Usagers doivent être formés par le PMAS.

Des mécanismes de contrôle sont prévus avant la validation des informations dans le SIG : ce travail de vérification est très important car il précède (i) la validation des données et incidemment (ii) l'ouverture des droits aux prestations. Le travail de contrôle des gestionnaires est donc indispensable. En cas de constat d'erreur, le PMAS intervient auprès de l'utilisateur pour obtenir des informations corrigées. C'est le PMAS qui procède sur le SIG aux corrections.

#### **ENCADRE**

##### **Les mécanismes de contrôle des données d'adhésion**

Un premier mécanisme de contrôle consiste à comparer le nombre d'adhérents et d'ayants-droits annoncés dans le listing transmis par l'Usager sous format « Excel » ou sous support « Papier » avec le nombre d'adhérents et d'ayants-droits décomptés dans les bulletins d'adhésion. Le PMAS n'acceptera aucun document manuscrit pour réduire le risque d'erreur et de mauvaise lisibilité des informations.

Un second mécanisme consiste à vérifier la complétude des informations : tous les champs d'information doivent être renseignés pour chaque adhérent et pour chaque ayant-droit. En cas d'information manquante, le PMAS doit engager une action corrective auprès de l'Usager en lui indiquant les informations qui font défaut.

Un troisième mécanisme doit permettre de vérifier la cohérence des informations notamment quand les Usagers utilisent des formats « Papier ». En cas de doute sur l'identité ou sur les données y liées, le PMAS doit informer l'Usager pour action corrective. Ce n'est qu'après le retour d'information de l'Usager que l'adhérent visé par la procédure d'action corrective pourra être saisi dans le SIG.

Il est cependant rappelé que le SCI prévoit des procédures de blocage en cas d'incomplétude des informations lors de la saisie des données relatives aux adhésions.

Pour autant, les actions correctives ne doivent pas suspendre les procédures d'émission du contrat et d'appel de cotisation.

---

**Documents :**

Bulletins d'adhésion

Support papier de compilation des adhésions

Fichier type « Excel » de listing des assurés et ayants-droits

Document d'aide à la saisie

---

### 3.2. Emission des identifiants

A la signature du contrat, le PMAS émet les identifiants pour le compte de chacun des assurés d'un contrat groupe. Le SIG en permet l'émission automatique.

Les actions suivantes doivent être menées :

- Vérifier la correspondance entre le nombre de bénéficiaires déclarés au moment de la souscription du contrat et le nombre des bénéficiaires déclarés sur les bulletins d'adhésion.
- Imprimer les identifiants avec les photographies d'identité

S'il manque des bénéficiaires, leurs bulletins d'adhésion sont réclamés par courrier à l'utilisateur.

S'il y a plus de bénéficiaires qu'au moment du décompte de la prime, un avenant d'incorporation devra être établi et le surplus de prime réclamé au client.

Les bulletins d'adhésion sont ensuite envoyés à la compagnie, et les identifiants sont envoyés à l'utilisateur pour distribution aux bénéficiaires, si toutefois la prime a été payée.

En **cas de perte de la carte d'adhérent, le renouvellement est à la charge de l'assuré**. Ce point est à préciser dans les conditions particulières du contrat.

---

**Documents :**

Photographies d'identité

Cartes d'adhérent

---

### 3.3. Intégrations ou retraits/sanctions

La modification des personnes assurées peut intervenir pour quatre causes :

- L'incorporation en cours d'exercice de nouveaux bénéficiaires sur demande de l'utilisateur souscripteur,
- Le retrait de bénéficiaires sur demande de l'utilisateur souscripteur,
- Le retrait de bénéficiaires sur demande du PMAS (limite d'âge)
- Le retrait ou la suspension de bénéficiaires, décidée par le client si :
  - Le bénéficiaire a été convaincu de fraude par le client, le PMAS ou la compagnie.
  - Le bénéficiaire ne fait plus partie des membres de l'utilisateur souscripteur.

#### Cas particulier des nouveau-nés :

La garantie est automatiquement acquise aux nouveau-nés mais l'utilisateur souscripteur doit procéder à leur déclaration dans un délai d'un (1) mois au plus tard après la naissance.

Lorsque la modification est faite à la demande de l'utilisateur souscripteur, le PMAS reçoit de sa part un courrier de demande d'incorporation ou de retrait.

S'il s'agit d'une incorporation, l'utilisateur souscripteur doit joindre à sa demande, pour chaque nouveau bénéficiaire, un **Bulletin d'adhésion** dûment complété, la copie de l'acte de naissance de chaque enfant, la copie de l'acte de mariage pour chaque conjoint, et une photo si le contrat est en Tiers-Payant.

La modification est alors enregistrée sur le SIG, puis le bulletin d'adhésion est envoyé à la compagnie en même temps qu'une demande d'émission d'avenant d'incorporation et/ou de retrait (ou de l'avenant à signer s'il y a délégation de gestion).

Après l'émission d'un **avenant d'incorporation**, le PMAS procède à l'émission de la quittance de prime et l'envoie à l'utilisateur pour règlement, en même temps que l'avenant et le (les) identifiant(s).

Après l'émission d'un **avenant de retrait**, celui-ci est transmis à l'utilisateur pour signature.

Compte tenu de la fréquence des mouvements susceptibles d'affecter une police maladie, le gestionnaire doit, outre l'établissement des avenants d'incorporation ou de retrait, établir à la fin de chaque semestre, un **avenant de précision** récapitulant les différents mouvements et débouchant sur une mise à jour contractuelle des effectifs couverts.

---

#### Documents :

Bulletin d'adhésion  
Modèle de lettre d'incorporation ou de retrait pour « Usager »  
Avenant d'incorporation ou de retrait  
Avenant de précision

---

### 3.4. Suivi des adhésions

Le SIG permet aux gestionnaires de disposer en temps réel de registres de suivi des adhésions : (i) registre des bénéficiaires, (ii) registre des ayants-droits.

Les registres permettent d'enregistrer tous les mouvements (entrées et sorties) des bénéficiaires. Grâce à ce document, les gestionnaires disposent en temps réel des informations concernant :

- Le nombre d'adhérents
- Le nombre d'ayants-droits
- Le nombre total de bénéficiaires
- Le nombre d'incorporations
- Le nombre de retraits

Ces registres sont automatiquement édités par le SIG. Ils peuvent être exportés du SIG sous format « Excel » ou « PDF » pour transmission sur demande aux souscripteurs ou aux prestataires. Ils peuvent faire l'objet d'un envoi électronique.

Ces données sont reprises dans les différents rapports d'activité qui sont périodiquement transmis aux souscripteurs. Voir : « **Gestion de l'information, Erreur ! Source du renvoi introuvable.** »

---

#### Documents :

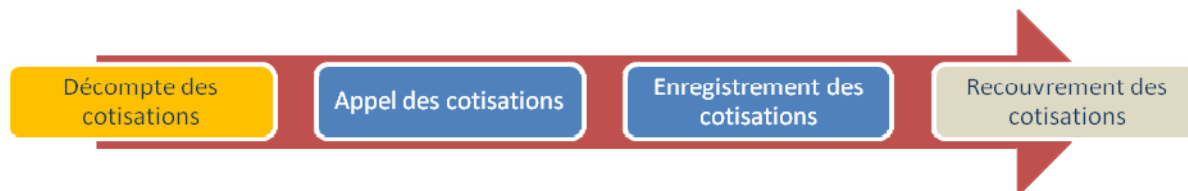
Registre des bénéficiaires  
Registre des ayants-droits

---





## 4. Gestion des cotisations



La gestion des cotisations regroupe toutes les activités liées à l'émission, à l'encaissement et au recouvrement des cotisations. Elle est automatisée par le SIG.

La gestion des cotisations est étroitement liée à la gestion de l'ensemble des processus :

- Adhésions : elles servent de base de décompte des cotisations.
- Prestations : elles ne sont accessibles qu'aux personnes enregistrées qui ont dûment payé leurs cotisations.

Dans le cadre de la **Délégation de gestion par les compagnies membres du Pool**, la convention précise les responsabilités des parties au contrat et notamment (i) les principes relatifs à l'appel des cotisations, (ii) à l'encaissement des cotisations et (iii) à l'exercice du recouvrement des cotisations.

**IL EST TOUJOURS NECESSAIRE DE RESPECTER LES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES QUI ENCADRENT LE PAIEMENT DES PRIMES ET QUI DISPOSENT QUE LEES PRIMES DOIVENT ETRE ACQUISES A L'ASSUREUR POUR QUE LES GARANTIES PRENNENT EFFET.**

Dans le cadre de la **Délégation de gestion sans portage des risques** par les compagnies membres du Pool, le PMAS gère des cotisations qui lui sont indiquées par ses souscripteurs. **L'appel, l'encaissement et le recouvrement des cotisations sont de la responsabilité de l'Usager.** Cela n'exonère pas le souscripteur de transmettre régulièrement les données actualisées de paiement des cotisations par ses membres. C'est sur la base de ces informations que le SIG du PMAS gère l'accès aux services de l'assurance. Dans le cas des souscripteurs qui utilisent le SCI, ces informations sont accessibles en temps réel par le PMAS. Dans les autres cas, le souscripteur convient dans le protocole de délégation de gestion de la périodicité de l'envoi au PMAS des informations relatives au paiement cotisations.

Les gestionnaires doivent dans certains cas tenir compte de particularités telles que la périodicité du paiement des primes (fractionnement des cotisations) ou encore de l'abandon éventuel des coûts de police s'il est décidé par tout ou partie des compagnies membres du Pool.

**Les deux processus suivants concernent le décompte et l'appel des cotisations dans le cadre d'un contrat d'assurance signé avec une des compagnies du Pool.**

Ils comprennent les étapes suivantes :

- Décompte des cotisations
- Appel des cotisations – Contrats d'assurance
- Enregistrement des cotisations
- Recouvrement des cotisations



Lors de l'émission des quittances de prime, le service de la comptabilité doit vérifier que le tableau des coûts de police a été strictement appliqué par le gestionnaire et que le montant de taxes à appeler est cohérent.

Les étapes à respecter sont les suivantes :

- Dans le cas de la souscription d'un nouveau contrat, lancer l'appel de cotisation avec :
  - Saisir la prime sur le SIG
  - Emettre la Quittance
- Transmettre l'avenant au client pour signature et la facture de prime pour règlement
- Envoyer à l'assureur copie de l'avenant signé par le client
- Mensuellement, adresser à la compagnie les bordereaux d'émission et d'encaissement des cotisations
- Dans le cas du renouvellement d'un contrat :
  - Demander à la compagnie le renouvellement en transmettant le détail de l'appel de prime (conditions tarifaires, liste des bénéficiaires)
  - Reprendre les étapes précédentes (souscription de contrat)

---

**Documents :**

Tableau des coûts de police

Quittance de prime

Bordereau de primes « Compagnie »

---

### 4.3. Enregistrement des cotisations

L'objectif de l'enregistrement est double : (i) il est tout d'abord comptable et (ii) il permet également l'administration des droits d'accès aux services de l'assurance.

**L'enregistrement des cotisations permet le suivi des appels, des encaissements et des arriérés de cotisation. C'est une dimension clé de la gestion du PMAS.**

L'enregistrement des cotisations est effectué au travers du SIG. Le gestionnaire va instruire le paiement des cotisations par Usager, par assuré et éventuellement par Produit. Le SIG tient compte de la périodicité du paiement des cotisations (mensuelle, trimestrielle, annuelle...) Voir « Manuel d'utilisateur du SIG ».

Les données ainsi compilées sont ensuite ventilées en différents registres qui permettent un suivi continu et global du paiement des cotisations.

Quel que soit le type de contrats de délégation de gestion, le PMAS partage les informations contenues dans les registres avec les compagnies et les souscripteurs.

Ce sont des outils d'aide à la gestion essentiels, notamment en cas de paiement fractionné des cotisations. Ce principe impose une forte régularité du paiement et du contrôle.

---

**Documents :**

Registre des cotisations par Usager

Registre Toutes cotisations

Registre des primes non encaissées

---

### 4.4. Recouvrement des cotisations

La convention de délégation définit le périmètre des responsabilités des différentes parties au contrat notamment en termes de collecte des cotisations et d'actions de recouvrement.

Le bordereau de suivi des actions de recouvrement détaille, par Usager, les encaissements réalisés après les actions de recouvrement menées par le PMAS ou la compagnie. Il fait également apparaître le solde des cotisations à recouvrer.

Ces bordereaux doivent être régulièrement transmis aux Usagers impliqués dans les fonctions de Front Office. Ils servent de support aux réunions communes de recouvrement.

---

**Documents :**

Bordereau de recouvrement

---

#### **ENCADRE**

L'utilisation de graphiques est possible en exportant les données depuis le SIG vers « Excel ». C'est un outil complémentaire pour illustrer, par exemple, les causes de retards dans les paiements, en analysant par exemple les variations saisonnières d'encaissement.

Des graphiques comparatifs entre usagers peuvent aussi être produits pour démontrer l'impact du fractionnement des primes sur les taux de recouvrement ou entre usagers ayant mis en œuvre des mécanismes d'adhésion automatique et ceux ayant opté pour des mécanismes d'adhésion volontaire.

## 5. Gestion des relations avec les prestataires de santé



Les prestataires de santé sont des partenaires importants du PMAS. La bonne administration du réseau permet de faciliter les relations que le PMAS va entretenir avec les différentes formations sanitaires et pharmacies conventionnées. Les objectifs suivants sont visés :

- Renforcement des relations de confiance mutuelle entre le PMAS, les compagnies, les assurés et les prestataires.
- Maîtrise des coûts

La gestion des prestataires est automatisée par le SIG afin de permettre la bonne administration des relations techniques et financières nouées avec les prestataires.

La gestion de ces relations s'inscrit dans un environnement encadré : le PMAS a noué avec le Ministère de la Santé une convention cadre qui régit leurs relations. Il a fait de même avec le syndicat des pharmaciens. Ces conventions cadre autorisent et facilitent les conventions individuelles.

Le PMAS a signé une Convention Cadre avec le Ministère de la Santé pour optimiser ses relations avec les formations sanitaires publiques. Cette convention matérialise le partenariat public privé qui est ainsi engagé.

La convention a pour objet de :

- donner un cadre de référence au partenariat entre le Ministère et le PMAS ;
- définir les principes et règles qui régissent les rapports entre le PMAS et les structures sanitaires publiques dans le cadre de la prise en charge médicale efficace, par le système du Tiers Payant, des personnes bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie délivrée par le PMAS.

La convention prévoit un système de motivation financière des structures sanitaires publiques conventionnées par le PMAS. Afin d'encourager les formations sanitaires à entretenir des relations de qualité avec le PMAS, cet intéressement financier repose sur la satisfaction d'indicateurs de performance. Une revue annuelle de la Convention Cadre est organisée avec le Ministère de la santé. Cette revue doit permettre d'arbitrer sur les difficultés rencontrées, sur les perspectives de collaboration et sur les affectations de l'intéressement financier consenti par le PMAS aux formations sanitaires ayant satisfait au mieux des indicateurs de performance définis par la convention cadre.

Dans le cadre de l'application des mécanismes d'intéressement financier, conclu au travers de la Convention Cadre signée avec le Ministère de la Santé, le PMAS établit un rapport annuel d'information. Il adresse également aux prestataires les plus importants des rapports périodiques d'activité.

---

### Documents :

Convention cadre avec le Ministère de la Santé  
Rapport d'information au Ministère de la Santé

---



**ENCADRE :****Modalités de recours aux prestations**

Les modalités de recours aux prestations doivent répondre à plusieurs objectifs :

- (i) Elles doivent être simples à comprendre par les assurés pour ne pas créer de mésententes, incompréhensions ou frustration qui jouent en défaveur de l'attractivité des régimes d'assurance ;
- (ii) Elles doivent être en cohérence avec les principes de gestion des risques et de contrôle des consommations afin de réduire l'exposition aux risques de surconsommation ou de fraude.
- (iii) Elles doivent être simples pour leur bonne application par les prestataires de santé.

Les conventions passées avec les prestataires doivent toujours prendre en compte ces objectifs.

## 5.1. Signature des conventions individuelles

### 5.1.1. Signature avec les formations sanitaires publiques

Les formations sanitaires publiques sont les partenaires privilégiés du PMAS.

Les prestataires acceptent notamment les principes d'identification des patients assurés afin de vérifier leur capacité à bénéficier des services de l'assurance et plus particulièrement des mécanismes de tiers payant.

Les prestataires acceptent également le principe du recours par le PMAS à un médecin conseil. Ce dernier a qualité à délivrer des lettres de prise en charge, des ententes préalables ou encore à arbitrer des différends potentiels.

Dans les cas d'urgence, les prestataires s'engagent à recevoir des patients qui ont prouvé leur affiliation et leur capacité à bénéficier des services de l'assurance.

---

**Documents :**

Modèle de convention individuelle Prestataires de santé  
Modèle de facture  
Modèle de Lettre de relance pour transmission de facture  
Registre des prestataires de santé conventionnés  
Questionnaire de l'enquête de satisfaction

---

Pour les prestataires les plus importants ou pour ceux qui en font la demande, le PMAS établit périodiquement des rapports d'activité.

En fin d'exercice, le PMAS émet un rapport annuel d'activité pour chaque prestataire conventionné. **Ces rapports sont automatiquement édités par le SIG.** Ils ont pour objectif de :

- Permettre au prestataire de suivre et de contrôler les activités médicales réalisées par les assurés PAMS et les prises en charge assumées par le PMAS
- Mesurer l'impact du PMAS sur les activités du prestataire
- Lui servir plus généralement d'outil de pilotage de ses activités

---

**Documents :**

Rapport d'information Prestataire

---



### 5.1.2. Signature avec les formations sanitaires privées

Le PMAS travaille prioritairement mais non exclusivement avec des formations sanitaires publiques. Dans des cas spécifiques, le PMAS peut être amené à nouer des relations avec des prestataires de santé privés (lucratifs ou non lucratifs).

Le PMAS doit alors signer avec le prestataire une convention individuelle. Cette convention type diffère de la convention individuelle passée avec des prestataires de santé publics car elle ne fait pas référence à la convention cadre passée avec le ministère de la santé.

Elle précise les conditions d'exercice des relations entre les parties : principes de facturation, principes de contrôle de l'identité des assurés, principes de vérification des droits à consommer...

---

#### Documents :

Modèle de convention individuelle Prestataires privé

Modèle de facture

Modèle de Lettre de relance pour transmission de facture

Registre des prestataires de santé conventionnés

---

### 5.1.3. Signature avec les pharmacies privées

Une convention cadre a été signée entre le PMAS et le syndicat des pharmaciens privés du Sénégal pour faciliter le passage des conventions individuelles à signer avec les pharmaciens privés.

Les pharmacies acceptent les principes d'identification des patients assurés afin de vérifier leur capacité à bénéficier des services de l'assurance et plus particulièrement des mécanismes de tiers payant.

Afin d'appliquer les mécanismes de prise en charge de manière cohérente, des informations sont données sur les conditions de prise en charge (taux de prise en charge, liste des exclusions, liste des médicaments pris en charge...) Les pharmaciens seront tenus de vérifier ces dispositions lors de la délivrance de médicaments.

---

#### Documents :

Convention cadre approuvée par le syndicat des pharmaciens

Modèle de convention individuelle pharmacies privées

Modèle de facture

Modèle de Lettre de relance pour transmission de facture

Liste des prestataires de santé conventionnés

---

#### **ENCADRE :**

##### **Transmission des factures mensuelles**

Le PMAS doit veiller à ce que les prestataires respectent les délais de transmission des factures car ce sont, au-delà des engagements financiers, des éléments clé de la gestion des risques et de la résolution précoce de problèmes potentiels. Le respect de ces délais est un des indicateurs de performance retenus dans la convention cadre.

#### **ENCADRE :**

##### **Relations avec les prestataires de santé**

Afin d'accroître la confiance et la connaissance mutuelle entre le PMAS et les prestataires de santé, il est recommandé d'organiser au moins deux réunions par an avec les prestataires les plus importants et notamment les hôpitaux.

Une enquête de satisfaction auprès des prestataires les plus importants sera menée annuellement. Les résultats de cette enquête devront faire l'objet d'un rapport de synthèse diffusé aux participants à l'enquête, et déboucher sur des actions de correction et/ou d'amélioration des points négatifs révélés par l'enquête. Ils sont partagés lors de la revue annuelle de la convention cadre et lors des échanges menés au travers de l'Unité de Recherche Développement.

## 5.2. Gestion informatisée des prestataires

Le SIG permet la gestion informatisée du réseau de prestataires de santé avec lesquels le PMAS passe des conventions. L'ensemble des prestataires de santé conventionnés doivent être paramétrés sur le SIG.

Ce paramétrage est nécessaire pour alimenter les bases de données et ainsi pouvoir gérer les relations avec ces tiers : gestion des factures, gestion de l'information.

---

### Documents :

Fiche de saisie « Prestataires »

Registre des Prestataires

---

## 6. Gestion des sinistres (les prestations)



La gestion des prestations est la clé de voûte de la gestion de produits d'assurance santé.

Le PMAS a une activité principale de remboursement de dépenses de santé.

Son service de gestion s'occupe de la gestion des remboursements des frais médicaux et du suivi de la couverture médicale pour le compte :

- d'un assureur membre du Pool, apériteur du contrat, et de ses coassureurs.
- d'un autre usager porteur du risque (Mutuelle de santé, IPM [Institution Prévoyance Maladie], Fonds Publics d'Achat...).

Les process suivantes sont décrites :

- Principes généraux des prises en charge médicales
  - Facturation des prestations par les prestataires
  - Prises en charge d'assurés hors prestataires conventionnés
  - Mécanismes de prise en charge des hospitalisations sous tiers payant
  - Mécanismes de prise en charge des autres soins
- Instruction des dossiers
  - Vérification des droits
  - Vérification des factures
  - Contrôle médical des factures
  - Arbitrage des différends avec les prestataires
  - Gestion des litiges avec les assurés hors mécanismes de tiers-payant
  - Activités spécifiques du médecin conseil

### ENCADRE :

#### Principes généraux

Les prestataires doivent toujours respecter les principes suivants :

- (i) Leur raison sociale doit toujours clairement apparaître ;
- (ii) Les factures sont transmises dument signées sous format « papier »
- (iii) Les factures détaillent les actes et les médicaments

Ces besoins d'information sont mentionnés dans les conventions individuelles.

### ENCADRE :

#### Les factures des prestataires de soins conventionnés

Le besoin de détail dans les factures transmises par les prestataires répond à des besoins de gestion des risques. Cela permet d'optimiser le retraitement statistique des prestations et de pouvoir ainsi bénéficier d'informations précises sur la consommation médicale. Ces informations permettent

d'informer les souscripteurs sur les mesures à prendre pour mieux maîtriser les enjeux techniques d'un contrat : maintenir un « ratio sinistres sur primes » acceptable.

## 6.1.Principes généraux des prises en charge médicales

La gestion des prises en charge de prestations de santé est directement reliée aux conditions de garantie des différents produits d'assurance distribués par le PMAS.

Il existe deux types de prises en charge : (i) prestations reçues par un prestataire de soins conventionné et (ii) prestations reçues par un prestataire non conventionné.

Les frais médicaux exposés auprès des prestataires de soins conventionnés sont soumis au tiers-payant : l'assuré paie directement au prestataire le ticket modérateur (sa part du risque). Le ticket modérateur représente, selon les conditions de garantie du produit souscrit, la quote-part du montant des soins et des médicaments non prise en charge par l'assureur.

La prise en charge de frais médicaux exposés (soins médicaux et médicaments) par les assurés auprès de prestataires de santé non conventionnés peut être autorisée par la Compagnie (dans le cas d'un contrat d'assurance) ou l'Usager (dans le cas d'une convention de délégation de gestion). Dans tous les cas de figure, l'assuré qui a recours à un prestataire de soins non conventionné doit préfinancer intégralement les frais qu'il aura exposés. Il adressera au PMAS une demande de remboursement directe.

Les étapes suivantes font partie de ce processus :

- Facturation des prestations par les prestataires
- Prises en charge d'assurés hors prestataires conventionnés
- Mécanismes de prise en charge des hospitalisations
  - Demande de prise en charge programmée
  - Demande de prise en charge d'urgence
- Mécanismes de prise en charge des autres soins

Le tableau ci-après résume les différentes étapes de la gestion des prestations d'assurance.

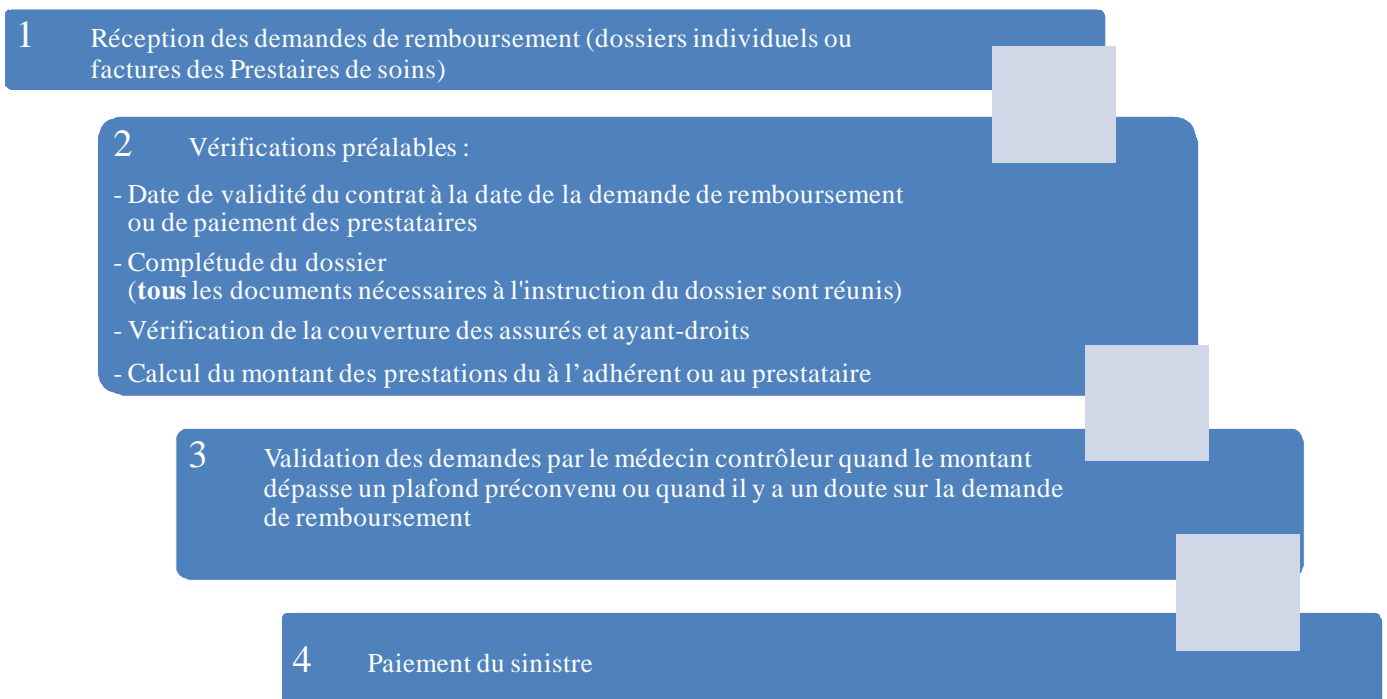


Figure 2 : Cycle de gestion des prestations d'assurance

### 6.1.1. Facturation des prestations par les prestataires

Le PMAS demande aux prestataires de s'engager à faire figurer un certain nombre d'éléments clé dans leur facturation. Un modèle de facture mensuelle leur ait transmis aux fins d'utilisation ou de reproduction (si le prestataire souhaite conserver son propre papier à entête). Le gestionnaire devra vérifier que les factures transmises par les prestataires reprennent bien l'ensemble des informations requises pour le traitement des dossiers par le SIG.

Dans le cas des factures émises par les pharmacies privées, l'ordonnance émise par le prestataire de soins doit être jointe à la demande de remboursement.

---

**Documents :**

Modèle de facture « Prestataires »

---

### 6.1.2. Prises en charge d'assurés hors prestataires conventionnés

Dans ce cas, les mécanismes de tiers-payant ne s'appliquent pas.

**L'assuré** doit adresser au PMAS un dossier de remboursement direct qui comprendra l'ensemble des éléments nécessaires à son traitement. Eventuellement le médecin conseil du PMAS pourra solliciter, auprès du prestataire de santé, le dossier médical si, pour l'instruction du dossier, il nécessite des informations complémentaires.

Si les régimes d'assurance prévoient la possibilité de bénéficier des services de l'assurance auprès de prestataires de santé non conventionnés, alors le PMAS doit remettre à l'usager des exemplaires vierges de demandes de remboursement direct ou lui communiquer, à tout le moins, un modèle reproductible de demande de remboursement direct.

---

**Documents :**

Demande remboursement direct « Usager »

---

### 6.1.3. Mécanismes de prise en charge des hospitalisations sous tiers payant

Pour pouvoir bénéficier des garanties d'assurance lors des hospitalisations, les assurés doivent adresser une demande de prise en charge au PMAS. Cette demande de prise en charge est validée par le médecin conseil du PMAS.

Il existe deux sortes de prise en charge :

- Prises en charge pour hospitalisations programmées
- Prises en charge pour hospitalisation en urgence

Le PMAS est autorisé selon les termes des conventions de délégation de gestion à émettre des lettres de prise en charge jusqu'au montant défini annuellement par son Conseil de Direction ; au-delà de ce montant pré-convenu, il doit saisir la compagnie apéritrice.

#### *Demandes de prise en charge pour des interventions chirurgicales programmées*

Quand un assuré lors de son parcours de soins nécessite une hospitalisation programmée, il doit solliciter le PMAS pour obtenir une lettre de prise en charge. Ces demandes ne sont pas autorisées pour tous les produits d'assurance : les hospitalisations doivent être couvertes.

La demande doit être accompagnée de toute pièce médicale mentionnant le diagnostic. Ce document doit être remis au médecin-conseil qui valide la prise en charge et détermine la durée du séjour.

---

**Documents :**

Demande de prise en charge programmée

---

#### *Demandes de prise en charge d'urgence*

Après une hospitalisation en urgences, un assuré (ou l'un de ses représentants) doit formuler une demande de prise en charge auprès du PMAS. Elle ne peut être établie que si la demande est accompagnée d'un document médical précisant le diagnostic.

La prise en charge ne doit être accordée que pour une première durée de 72 heures maximum si le médecin-conseil n'est pas là.

---

**Documents :**

Demande de prise en charge d'urgence

---

#### **6.1.4. Mécanismes de prise en charge des autres soins**

Une demande d'entente préalable est nécessaire pour tous les soins en série (kinésithérapie, orthophonie, orthodontie, etc....) ou de prothèse dentaire quand ils ne font pas l'objet d'exclusions spécifiquement mentionnées aux conditions particulières.

La demande d'entente préalable doit être adressée au médecin conseil du PMAS accompagnée d'un rapport médical et d'un devis.

Avant de faire une étude médicale, le gestionnaire doit vérifier si les soins sont pris en charge par la couverture maladie. Si oui, le médecin-conseil se met en rapport avec le médecin traitant de l'assuré pour l'étude de la demande.

Si la garantie n'est pas prévue, il est possible que le porteur du risque (compagnie ou usager en délégation de gestion) souhaite en étudier le cas :

- Dans le cadre de régimes en délégation de gestion, si la demande est justifiée médicalement, le porteur de risques peut marquer son accord pour sa prise en charge.  
Les frais liés à la demande d'entente préalable seront pris en charge après réception de l'accord écrit du porteur de risques.
- Dans le cadre d'un contrat d'assurance souscrit auprès d'une des compagnies du Pool, si la demande est médicalement justifiée, le PMAS peut, au nom de l'Usager souscripteur, demander à la compagnie apéritrice un geste commercial.  
Si la compagnie marque formellement son accord par retour de courrier, les frais liés à la demande d'entente préalable seront pris en charge.  
Pour cela, le PMAS instruit, pour le compte de l'usager demandeur souscripteur, une « lettre de saisine des compagnies pour une prise en charge exceptionnelle ».

---

**Documents :**

Demande d'entente préalable  
Modèle de lettre Compagnies pour des prises en charge exceptionnelles

---

## 6.2. Instruction des factures de soins

Les dossiers de remboursement (factures des prestataires de soins et des pharmaciens) sont contrôlés manuellement puis instruits sur le SIG. Le gestionnaire dispose d'un manuel d'utilisateur qui reprend l'ensemble des étapes à respecter pour l'instruction d'un dossier sur le SIG.

### 6.2.1. Vérification des droits

La première étape dans la saisie des prestations est la vérification de l'accès aux droits ; cela concerne tout à la fois le bénéficiaire et le produit d'assurance :

- Le bénéficiaire doit être à jour de cotisation ou ne doit pas être suspendu ;
- Les frais exposés doivent être garantis par le produit souscrit.

Pour établir ce contrôle informatisé, le gestionnaire accède au SIG et lance la procédure d'enregistrement des prestations sur le SIG. En cas de problème d'accès aux droits d'un assuré ou d'un ayant-droit, une alerte est émise par le SIG qui bloque le traitement du dossier.

Si le bénéficiaire des soins était à jour de droits, le gestionnaire procède à l'instruction du dossier sur le SIG. Dans le cas contraire, une demande de remboursement des frais indûment pris en charge par le PMAS est adressée à l'Usager pour leur recouvrement. La gestion de ces remboursements est intégrée au processus de recouvrement.

Des procédures de forçage sont autorisées dans certains cas et sur validation du responsable du traitement des sinistres.

---

**Documents :**

Demande de remboursement de frais de santé à l'usager

---

### 6.2.2. Vérification des factures de soins

Le gestionnaire procède à la vérification de la conformité des factures transmises par les prestataires de santé ou transmises par les assurés pour les mécanismes de prise en charge hors tiers-payant avant toute saisie sur le SIG.

### 6.2.3. Contrôle médical des prestations

Le champ d'intervention du médecin conseil est préalablement défini. Le médecin conseil est saisi par le gestionnaire « sinistres » dans les cas suivants :

- Saisie automatique en cas d'hospitalisation programmée ou en cas de demande d'entente préalable afin d'établir les fiches de prise en charge afférentes ;
- Saisie quand le montant du sinistre est supérieur à 150'000 FCFA afin de valider la prise en charge ;
- Saisie en cas de doute sur l'exactitude d'un dossier
- Saisie en cas de doute du gestionnaire « sinistres » sur une probabilité de fraude ou de litige.

Le médecin conseil procède alors à l'analyse technique des factures qui lui sont soumises.

Le contrôle doit viser comme objectif principal la maîtrise des coûts et de la qualité des prestations d'assurance :

- Mécanismes de vérification des droits aux prestations des assurés par les prestataires
- Respect des mécanismes d'autorisation préalable
- Respect des délais de carence



- Respect des mécanismes de prise en charge (ticket modérateur, franchise...) par les prestataires

Une fois le dossier instruit par le médecin conseil, ce dernier remplit la « Fiche de saisie du médecin conseil » en indiquant sa décision ou les actions à mener.

---

**Documents :**

Demande de saisie du médecin conseil  
Rapport d'analyse du médecin conseil

---

#### 6.2.4.Arbitrage des différends avec les prestataires

A la suite de l'analyse des factures, si un différend est constaté par le PMAS, le médecin conseil applique les dispositions de la convention afin de procéder à une analyse comparative du dossier avec le prestataire et ainsi résoudre le litige.

Ce besoin d'arbitrage peut survenir du fait de plusieurs éléments :

- Erreurs dans la facturation
- Surfacturation
- Délivrance, par le prestataire, de soins non couverts par le produit d'assurance de l'assuré

Quand les deux parties se mettent d'accord, le médecin conseil rédige un compte rendu d'arbitrage.

---

**Documents :**

Lettre de demande d'explications « Prestataires »  
Compte-rendu d'arbitrage

---

#### 6.2.5.Gestion des litiges avec les assurés hors mécanismes de tiers-payant

Dans le cadre des prises en charge hors tiers payant, des litiges peuvent survenir lors du traitement des dossiers médicaux de remboursement présentés par les personnes assurées.

Si un tel litige survient, une demande écrite pour complément d'analyse doit être adressée par la personne assurée.

Le médecin conseil va à nouveau procéder à l'analyse du dossier. Plusieurs cas de figure doivent être pris en compte :

- Le dossier ne peut pas être pris en charge du fait d'un manque d'informations sur le prestataire prescripteur : des informations complémentaires sont attendues. Elles doivent être précisées à l'assuré.
- Le dossier ne peut pas être pris en compte car les prestations exposées ne sont pas garanties par le produit auquel l'assuré a souscrit.
- Le dossier ne peut pas être pris en charge car les soins ont reçu en dehors du Sénégal...

#### 6.2.6.Activités spécifiques du médecin conseil

Le médecin conseil mène aussi des études spécifiques pour le compte du PMAS afin de maîtriser le niveau des dépenses engagées par les souscripteurs. Ces études sont demandées par le directeur du PMAS quand des besoins spécifiques d'éclairage ou de compréhension sont nécessaires.

Ces études reposent par exemple sur un tirage aléatoire de factures pour vérifier la cohérence et la justesse des actes dispensés et des médicaments prescrits. Le médecin conseil définit une procédure d'analyse par produit, par souscripteur, par prestataire.

Un manuel spécifique doit être rédigé par le médecin conseil.

### 6.3. Paiement des factures

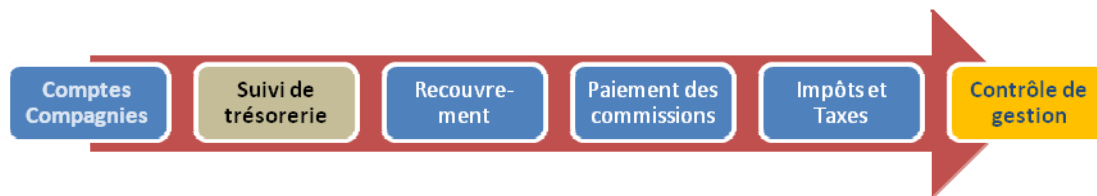
Quand un dossier est saisi sur le SIG, il est alors transmis à la comptabilité pour le paiement ultérieur des factures des prestataires ou des dossiers individuels de remboursement.

Deux cas se présentent :

- L'émission des chèques de remboursement des frais de santé aux assurés hors tiers payant est générée une fois par semaine.
- L'émission des chèques de paiement de factures aux prestataires conventionnés est générée chaque fois que de besoin en veillant à respecter les délais de paiement d'accord parties convenus dans la convention individuelle.

Une fois les chèques signés et mis sous pli, ils sont mis en attente de libération au prestataire ou à l'assuré ; cette dernière sera décidée en fonction de la situation de trésorerie.

## 7. Gestion financière



Le système de gestion financière du PMAS est un ensemble de mécanismes internes qui permettent de gérer les mouvements de fonds : (i) un système comptable performant, (ii) une gestion prévisionnelle de la trésorerie, (iii) des procédures respectées de gestion des flux financiers.

Sans une gestion financière précise et ordonnée, le PMAS ne peut pas faire face durablement à ses engagements vis-à-vis des tiers : compagnies, usagers, prestataires.

La gestion financière doit englober l'ensemble des procédures liées aux relations financières avec les tiers, y compris les commissions des apporteurs d'affaires, les commissions de Front Office et l'intéressement financier des prestataires de santé.

Les différentes procédures suivantes font partie de ce processus :

- Rémunération du PMAS
- Dépenses du PMAS
- Suivi de trésorerie bancaire
- Suivi des comptes compagnies et usagers en délégation de gestion
  - Enregistrement des émissions de cotisations sur le Tableau de suivi de trésorerie compagnies et clients
  - Enregistrement des chèques bloqués sur le Tableau des chèques bloqués
  - Enregistrement des règlements dans le Tableau de suivi de trésorerie compagnies et clients
  - Déblocage des chèques
  - Appels de fonds
- Recouvrement des cotisations auprès des usagers du PMAS
  - Bordereaux d'encaissement de cotisation en arriéré
- Paiement des commissions
  - Paiement des commissions d'apport d'affaires
  - Paiement des commissions de Front Office
  - Paiement de l'intéressement financier des prestataires
- Impôts et cotisations
- Contrôle de gestion

Il est précisé que les procédures comptables ne font pas partie de ce manuel de procédures.

### 7.1. Ressources du PMAS

Les dépenses du PMAS sont liées (i) à l'exploitation du PMAS (charges d'exploitation générales) et (ii) à la prise en charge des prestations de santé quand le PMAS a la délégation de paiement aux prestataires des frais exposés sous tiers payant par les assurés ou quand il rembourse directement des frais de santé aux assurés sur présentation de dossiers médicaux (prises en charge hors tiers payant).

Les ressources annuelles de l'association se composent ainsi :

- *Droits d'adhésion des nouveaux membres*  
Cela concerne les compagnies qui rejoindraient le PMAS et à qui il sera demandé d'honorer des droits d'adhésion.
- *Commissions sur les polices souscrites pour le compte des compagnies membres*  
Il s'agit des commissions pour gestion telles que concédées par les compagnies pour tous les contrats gérés par le PMAS. Ces commissions sont fixées à 14% des cotisations encaissées.
- *Honoraires pour les fonds gérés en délégation de gestion*  
Quand le PMAS gère des budgets santé pour le compte d'utilisateurs porteurs du risque (mutuelles de santé, fonds publics d'achat, régimes d'auto assurance...), il perçoit des honoraires qui sont décomptés à hauteur de 14% des fonds gérés.
- *Subventions*  
Le PMAS peut recevoir des subventions de ces partenaires ou de l'Etat. Ces subventions sont considérées comme des ressources.
- *Produits des revenus financiers*  
Le PMAS peut avoir une politique de placements financiers dont les revenus lui sont acquis (intérêts bancaires par exemple).
- *Produit des ressources créées à titre exceptionnel*  
Quand le PMAS mène à titre exceptionnel des activités rémunératrices, leurs revenus sont considérés comme des ressources.

Le PMAS est une association à but non lucratif. Il ne peut donc pas réaliser des profits. Selon les statuts du PMAS, ses excédents d'exploitation sont placés à 90% sur un compte de réserves.

**LES COMMISSIONS SONT EXIGIBLES AUPRES DES USAGERS  
(COMPAGNIES OU USAGERS EN DELEGATION DE GESTION)  
EN DEBUT D'EXERCICE.**

## 7.2. Dépenses du PMAS

Les dépenses du PMAS sont principalement de quatre ordres :

- *Les charges d'exploitation du PMAS*  
Il s'agit des charges liées à l'exploitation de la capacité de gestion du PMAS : frais de location, frais d'équipement, ressources humaines, transport...
- *Le paiement des prestations aux prestataires de santé ou aux adhérents hors tiers payant*  
Il s'agit du financement des risques garantis au titre des contrats en délégation soit par des usagers porteurs du risque soit par des usagers souscripteurs.
- *Les commissions de front office ou d'apport d'affaires*  
Les commissions de front office sont reversées par le PMAS aux groupes souscripteurs.
- *L'intéressement financier des prestataires publics*  
Les prestataires de santé sont intéressés financièrement aux résultats d'exploitation du PMAS au travers de la convention cadre. Le PMAS est chargé de décompter cet intéressement ainsi que de le reverser aux prestataires par l'intermédiaire du ministère de la santé.

## 7.3. Suivi de trésorerie bancaire

Le remboursement des frais de santé aux bénéficiaires et le paiement des factures aux prestataires nécessitent la disponibilité permanente de trésorerie en banque. Cette trésorerie est en principe

assurée par la mise à disposition, par les compagnies et les usagers en délégation, d'un fonds de roulement prévu aux conventions qui unissent ces tiers au PMAS.

En gestions opérationnelle, pour éviter qu'un chèque soit retourné impayé à son destinataire, il convient de connaître la position de trésorerie des comptes bancaires à partir desquels les dépenses sont engagées. C'est pour cela que bien mesurer les besoins en trésorerie permet de procéder à des appels de fonds auprès des compagnies des autres usagers porteurs de risques pour anticiper le risque de défaillance de trésorerie.

La valeur ajoutée attendue d'une bonne gestion de trésorerie est de protéger la qualité des relations nouées avec les partenaires du PMAS : compagnies, usagers souscripteurs, prestataires de santé.

---

**Documents :**

Registre manuel d'enregistrement des chèques de règlement à l'arrivée  
Tableau Excel « Journal des chèques de règlement à l'arrivée »  
Tableau de rapprochement bancaire  
Journal de position bancaire  
Journal des chèques de règlement à l'arrivée  
Journal des émissions de cotisation

---

#### 7.4. Suivi des comptes compagnies et usagers en délégation de gestion

Le PMAS assure (i) la gestion des remboursements des frais médicaux et (ii) le suivi de la couverture médicale pour le compte d'un assureur, ou d'un usager lorsqu'il s'agit d'un système d'assurance en délégation de gestion. A ce titre, le PMAS doit suivre très scrupuleusement la tenue des « comptes courants » des compagnies ou des usagers pour lesquels il assure cette gestion, c'est à dire enregistrer et surveiller la bonne correspondance entre :

- Les sinistres payés aux bénéficiaires (prestataires de soins ou assurés) pour le compte des compagnies ou des usagers,
- Les fonds mis à disposition par les compagnies ou les usagers en délégation de gestion pour faire face au paiement des sinistres à venir.

Pour parvenir à mettre en œuvre une politique de gestion scrupuleuse, la disponibilité bancaire devra être scrupuleusement vérifiée.

C'est ainsi que le PMAS pourra éviter le risque de défaut de trésorerie et procéder, à bonne date, à des appels de fonds auprès des compagnies et des autres porteurs de risques. Les appels de fonds auprès des compagnies ou des usagers en délégation sont liés au besoin de financement des prestations de santé. Le PMAS ne dispose que de la trésorerie qui est mise à sa disposition par ses usagers. Il doit donc vérifier sa disponibilité et anticiper le manque de trésorerie en procédant à des appels de fonds auprès de ses usagers.

Le déblocage des chèques est conditionné par la disponibilité en banque au moment de sa libération. La comptabilité doit donc vérifier qu'il est possible compte tenu du montant de trésorerie disponible de libérer le chèque.

---

**Documents :**

Tableau de suivi des émissions Compagnies et Usagers  
Tableau des chèques bloqués  
Tableau de suivi des émissions Compagnies et Usagers  
Journal de position bancaire  
Tableau des chèques bloqués

---

## 7.5. Recouvrement des cotisations auprès des usagers du PMAS

Selon la législation CIMA, les compagnies sont désormais obligées d'encaisser au comptant les cotisations d'assurance. Théoriquement, il ne doit donc plus y avoir d'arriérés de cotisations.

Pour autant, des aménagements de la législation sont possibles dans le domaine de la microassurance et des arriérés de paiement des cotisations peuvent être enregistrés dans certains cas précisément déterminables (faillite du souscripteur par exemple).

Dans le cadre d'un contrat d'assurance, cette procédure n'est à prendre en compte que quand le PMAS dispose d'un mandat d'encaissement des cotisations par la compagnie d'assurance. Ce n'est pas le cas du PMAS. La responsabilité du recouvrement revient donc à la compagnie.

Le PMAS peut être associé aux efforts de recouvrement des cotisations menés par les compagnies.

## 7.6. Paiement des commissions

Il existe deux catégories de commissions que le PMAS doit reverser à ses partenaires :

- Commissions de front office
- Commissions d'intéressement financier des prestataires de santé

### 7.6.1. Paiement des commissions de Front Office

Afin d'encourager les usagers souscripteurs et leurs collaborateurs à faire vivre les Systèmes d'Assurance Maladie au meilleur profit des parties, le PMAS rétrocède des commissions de gestion aux usagers souscripteurs de contrats.

Dans le cas des usagers en délégation de gestion, cette disposition ne s'applique pas car le PMAS ne leur rétrocède aucune commission.

Sauf mention contraire portée dans la convention de délégation de gestion, ces commissions sont établies à 7 % des cotisations encaissées, nettes de frais et de taxes.

**La périodicité du paiement des rétro-commissions est trimestrielle.**

---

#### Documents :

Modèle d'arrêté de décompte  
Bordereau de reversement des commissions Usagers  
Tableau Excel des chèques bloqués

---

### 7.6.2. Paiement de l'intéressement financier des prestataires

L'intéressement financier des prestataires de santé est décompté en fin d'année sur la base des mécanismes décrits dans la convention cadre passée avec le Ministère de la Santé.

La base de financement de la prime d'intéressement est constituée par les excédents d'exploitation nets, après report des pertes antérieures éventuelles, tels que ressortis par les états financiers annuels du PMAS. Le taux d'intéressement financier est établi à 50% des excédents.

Les indicateurs de performance pris en compte pour la prime d'intéressement sont les suivants :

- Respect des échéances de transmission des factures par les formations sanitaires.

- Taux de rejet justifié des demandes d'indemnisation (Erreurs de facturation, Demandes directes de remboursement hors tiers-payant...)

Les primes d'intéressement sont individualisées et destinées aux différentes formations sanitaires publiques conventionnées :

- 50% de la prime d'intéressement seront reversés aux Hôpitaux.
- 50% de la prime d'intéressement seront reversés aux autres formations sanitaires publiques.

La mesure de la performance sera faite pour obtenir une base de référence et de classement.

Il sera alors établi un classement distinct des Hôpitaux et des autres structures de soins pour permettre la répartition en quintiles supérieurs des formations dont les taux de performance sont les plus élevés. Seules les formations sanitaires figurant dans les 50% des formations les plus performantes toucheront une prime d'intéressement.

Le service de la comptabilité dispose d'un outil « Excel » pour procéder au décompte. Voir : « Paiement de l'intéressement financier des prestataires »

---

#### Documents :

Tableau Excel de « Répartition de l'intéressement financier Prestataires »  
 Modèle de lettre d'explication de l'intéressement financier  
 Bordereau de reversement de l'intéressement financier des prestataires

---

## 7.7. Impôts et cotisations

Les impôts et cotisations dus par le PMAS sont à déclarer et à verser selon un calendrier fiscal précis, imposé par l'Administration fiscale.

### ENCADRE

#### Chèques émis pour le compte de l'administration fiscale

Les chèques à devoir à l'administration fiscale répondent à des règles formelles de date de dépôt. Il doit donc être veillé à leur déblocage prioritaire. Les chèques émis doivent faire l'objet d'un déblocage à bonne date pour le respect du calendrier fiscal.

## 7.8. Contrôle de gestion

Le contrôle de gestion permet de bénéficier d'une visibilité importante sur l'exploitation financière du PMAS.

L'exercice du contrôle de gestion obéit à un rythme précis qui est fonction des tâches réalisées.

- Réalisation annuelle :
  - Etablissement du budget (récapitulation et mensualisation de toutes les charges de l'exercice précédent) ;
  - Etablissement du bilan et compte de résultat ;
  - Remplissage de la liasse fiscale ;
  - Calcul de la répartition du chiffre d'affaires par compagnie ;
- Réalisation trimestrielle :
  - Etablissement de la liasse de consolidation ;
  - Confirmation des soldes des comptes courants.
- Réalisation mensuelle :
  - Etablissement du reporting Compagnies :
    - Mise à jour du Tableau de production
    - Mise à jour du Tableau des encaissements

- Mise à jour du Tableau d'évolution des arriérés

---

**Documents :**

Modèle de Budget

Tableau de Production

Tableau de répartition Compagnies

Tableau des encaissements

Tableau d'évolution des arriérés



---

## 8. Gestion de l'information



L'information a d'une manière générale une importance très forte dans le cadre des activités de gestion déléguées au PMAS.

La bonne gestion de l'information optimise la qualité des relations que le PMAS entretient avec ses différents partenaires : compagnies, usagers, prestataires, partenaires techniques et financiers et les assurés qui, à titre individuel, pourraient solliciter des informations.

**Il n'est pas tenu compte dans ce manuel des campagnes de publicité, de communication ou de promotion que le PMAS pourrait mener.**

### 8.1. Production d'informations

La production d'informations détaillées et de qualité est une condition de l'atteinte des objectifs de fonctionnalité du PMAS. Cette information est directement disponible sur le SIG.

### 8.2. Circulation de l'information

La circulation de l'information représente une contrainte majeure dans le cadre de projets de microassurance santé mettant en œuvre un système de tiers payant et impliquant un nombre important d'acteurs (les assureurs, le délégataire de gestion, les groupes souscripteurs et leurs sociétaires ainsi que les prestataires de santé).

Cette disposition impose à plusieurs niveaux une fluidification de la circulation de l'information afin de permettre l'émission d'informations par les différents acteurs ainsi qu'une rétrocession des informations retraitées et analysées. Le PMAS doit donc acquérir, produire et rétrocéder de l'information.

L'information comprend également une dimension de communication interne pour faciliter l'échanges de données clé ou de demandes d'intervention ou encore de demandes d'arbitrages.

### 8.3. Capitalisation de l'information

Le PMAS procède régulièrement à la capitalisation des informations qu'il mobilise au travers de l'Unité de Recherche Développement. Cette URD regroupe des représentants des compagnies et des usagers (selon un mode de désignation qui reste à déterminer).

Les travaux de capitalisation prennent en compte deux principaux types d'informations : (i) informations statistiques issues du SIG, (ii) informations qualitatives issues des travaux d'échange menés avec les partenaires du PMAS : compagnies, usagers et prestataires de santé. Ils sont formalisés dans un « Rapport d'activités de l'Unité Recherche Développement ».

Ces travaux de capitalisation peuvent aussi devoir être formalisés pour le compte des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du PMAS.

Les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des prestataires sont partagés lors des - réunions de l'Unité de Recherche Développement.

## 9. Tenue des dossiers



La qualité de la tenue des dossiers a un impact très fort sur l'efficacité de la gestion. Le PMAS met donc en œuvre des règles de gestion des dossiers. Celles-ci distinguent les dossiers des usagers, des dossiers de compagnies et des prestataires de santé.

La plus grande rigueur dans le classement des pièces et documents est une condition importante de l'efficacité de la gestion des dossiers.

A ce jour, des discussions doivent encore être menées avec les compagnies sur les règles d'archivage des documents pour tenir compte des obligations réglementaires auxquelles les compagnies d'assurance sont soumises (délais de conservation, capacité à archiver des documents numérisés...)

Le présent manuel sera aménagé pour y intégrer les règles d'archivage.

## Annexes

1. Cycle de vie détaillé d'un produit d'assurance
2. Tableau des échanges d'information

## 1. Cycle de vie détaillé d'un produit d'assurance

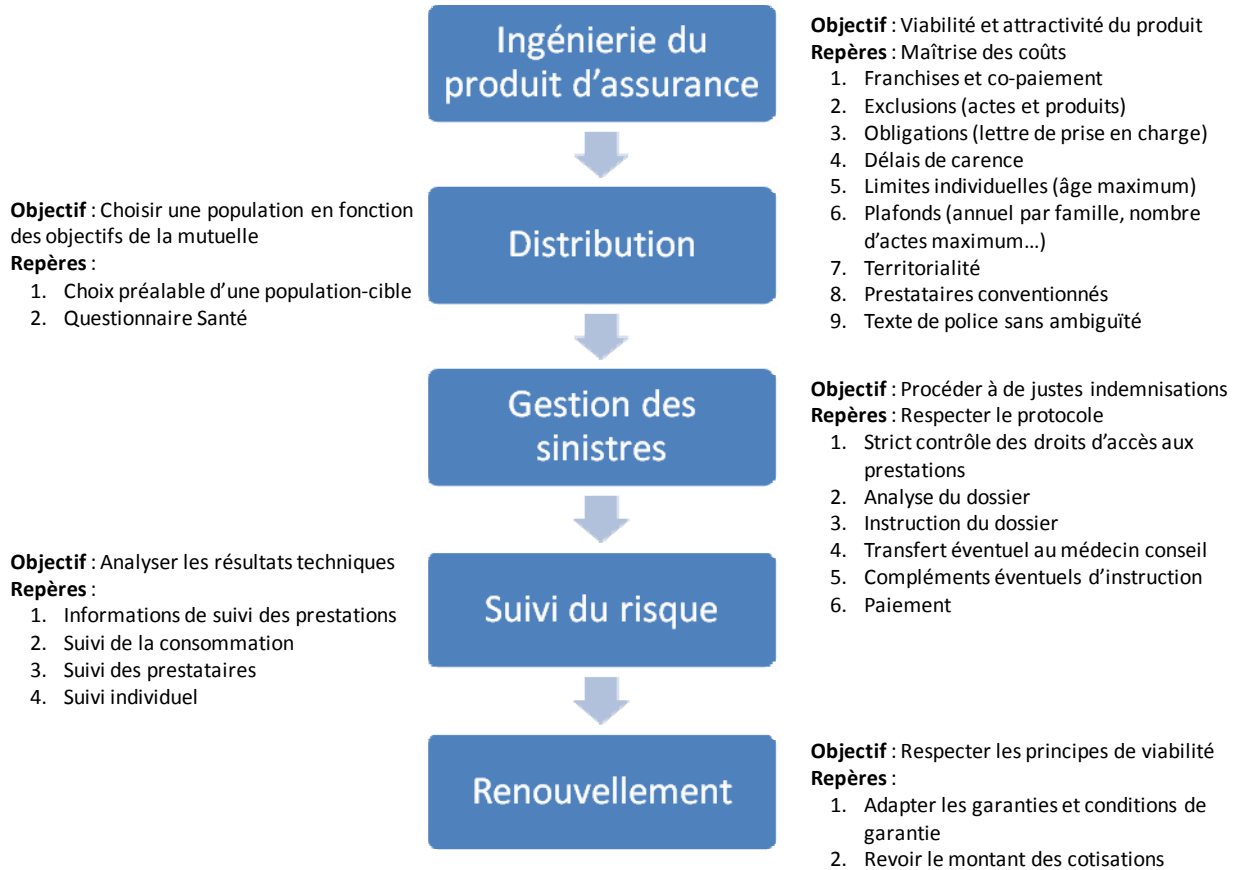


Figure 3 : Cycle détaillé de gestion d'un produit d'assurance

## 2. Tableau des échanges d'information

Avec :

PS : Prestataires de Santé

<i>Thème</i>	<i>Données</i>	<i>Périodicité</i>	<i>Emetteur</i>	<i>Destinataire</i>
<b>Prospection</b>	Proposition d'assurance	Prospection	<b>Compagnie / PMAS</b>	<b>Usager</b>
<b>Contrat</b>	Données de base sur l'utilisateur	Souscription	<b>Compagnie / PMAS</b>	<b>Usager</b>
	Contrat d'assurance	Souscription	<b>Compagnie</b>	<b>Usager</b>
	Avenants de précision	Selon évènements	<b>PMAS</b>	<b>Usager</b>
	Avenant de renouvellement	Annuel	<b>Compagnie</b>	<b>Usager</b>
	Avenant de résiliation	Selon évènement	<b>Compagnie</b>	<b>Usager</b>
<b>Adhésions</b>	Liste de base des adhérents et des ayant-droits	Souscription	<b>Usager</b>	<b>PMAS</b>
	Incorporation d'adhérents et/ou d'ayant-droits	Selon évènements Avenant trimestriel de précision	<b>Usager</b>	<b>PMAS</b>
	Retraits d'adhérents et/ou d'ayant-droits	Selon évènements	<b>Usager</b>	<b>PMAS</b>
	Registre des adhérents	A la demande	<b>PMAS</b>	<b>Usager</b>
<b>Cotisations</b>	Appel des cotisations	Selon périodicité	<b>Compagnie</b>	<b>Usager</b>
	Paiement des cotisations	Selon périodicité	<b>Usager</b>	<b>Compagnie</b>
	Registre des cotisations payées	Mensuelle	<b>Usager</b>	<b>PMAS</b>
	Registre des adhérents à jour de cotisation	Mensuelle	<b>PMAS</b>	<b>Usager / PS</b>
<b>Prestations</b>	Demandes de prise en charge	A la demande	<b>Assuré</b>	<b>PMAS</b>
	Factures de soins	Mensuelle	<b>PS</b>	<b>PMAS</b>
	Factures retraitées à payer	Mensuelle	<b>PMAS</b>	<b>PS</b>
	Registre des Prestataires	Mensuelle	<b>PMAS</b>	<b>Usager</b>
	Registre des prestations	Mensuelle	<b>PMAS</b>	<b>Usager / PS</b>
	Recouvrement des Tickets Modérateurs	Trimestrielle	<b>PMAS</b>	<b>Usager</b>
<b>Données de gestion</b>	Rapports d'activité	Trimestrielle et Annuelle	<b>PMAS</b>	<b>Usager</b>
		Trimestrielle	<b>PMAS</b>	<b>PS</b>
		Mensuelle, trimestrielle, annuelle	<b>PMAS</b>	<b>Compagnie</b>