

REPUBLIQUE DU NIGER



MINISTRE DE LA FONCTION
PUBLIQUE, DU TRAVAIL
ET DE L'EMPLOI

.....
MUTUELLE DE SANTE DES AGENTS DE L'ETAT-MSAE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Code d'immatriculation : 1A/0302021/NE.

PROCEDURE DES GESTIONS DES PRESTATIONS DE SOINS

I. INTRODUCTION

La fonction principale de la MSAE est la prise en charge de tout ou partie des dépenses de prestations de ses bénéficiaires, suivant une liste précisément définie. Cette prise en charge constitue la principale source de dépenses de la MSAE. La gestion des prestations joue de ce fait un rôle important. Elle vise notamment à :

- Réaliser un contrôle permanent des droits des bénéficiaires à la prise en charge de leurs dépenses de prestations ;
- Ordonner et exécuter le paiement des factures des prestataires de soins ;
- Enregistrer les informations sur les prestations qui sont nécessaires au suivi et à l'évaluation des activités, au calcul des cotisations et aux prévisions financières.

La gestion des prestations repose sur un ensemble de techniques et de documents liés à

la prise en charge de leurs dépenses de soins.

Elle s'appuie également sur des relations contractuelles entre la MSAE et les prestataires de soins.

Elle aborde également le suivi des conventions entre la MSAE et les prestataires de services.

La gestion des prestations concerne :

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

II. REGLES DE GESTION

- ❖ Les bénéficiaires peuvent accéder aux prestations offertes par la MSAE dans les structures de soins avec laquelle elle a signé des conventions selon les conditions suivantes :
 - a) avoir terminé la période d'observation de six (6) mois ;
 - b) être à jour de leurs cotisations ;
 - c) disposer de leur carte médicale en cours de validité.
- ❖ Les bénéficiaires de la MSAE sont pris en charge suivant un système de tiers payant.
- ❖ Les bénéficiaires de la MSAE ont droit aux prestations de soins dans toutes les formations sanitaires conventionnées.
- ❖ Le bénéficiaire doit respecter la pyramide sanitaire pour bénéficier des prestations offertes.
- ❖ En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire de la MSAE dans une formation sanitaire la 3ème catégorie est retenue pour le paquet minimum garanti.

III. PORTEFEUILLE DE RISQUES ET BAREME DES PRESTATION

Les prestations offertes par la MSAE aux bénéficiaires sont articulées au portefeuille de risques de l'année 2025 adopté le conseil d'administration et approuvé en assemblée générale du 26 juillet 2025.

Tableau 3 : PORTE FEUILLE DE RISQUES

Prise en charge des 20% du ticket modérateur						
Libellé	Proportion bénéficiaire 2025	Probabilité de risque	Prévision des bénéficiaires 2025	Cout Moyen	Taux de prise en charge	Montant Total
Consultation (CSI-HD-HN-H Ref)	73 651	0,6	44 191	1100	0,2	9 721 932
Hospitalisation (HR-HN-HR)	73 651	0,003	221	25700	0,2	1 135 698
Ophtalmo	73 651	0,005	368	27375	0,2	2 016 196
ORL	73 651	0,004	295	32175	0,2	1 895 777
Total			45 074			14 769 603

Prise en charge des 80% non couvert par l'AMO de l'Etat						
Libellé	Proportion bénéficiaire 2025	Probabilité de risque	Prévision des bénéficiaires 2025	Coût Moyen	Taux de prise en charge	Montant Total
Consultation (CSI-HD-HN-H Réf)	73 651	0,6	44 191	1100	0,8	38 887 728
Hospitalisation (HR-HN-HR)	73 651	0,003	221	25700	0,8	4 542 794
Ophthalmo	73 651	0,005	368	27375	0,8	8 064 785
ORL	73 651	0,004	295	32175	0,8	7 583 107
Total			45 074			59 078 413
Achat des produits pharmaceutiques						
Produits Génériques			7 290	39145	65%	285 353 184
Produits de spécialité			3 925	39145	35%	153 651 714
Total			11 215			439 004 898
Achats des Verres optiques			95	30 000	Forfait	2 850 000
						441 854 898
TOTAL GENERAL			101 459			515 702 914

Les prestations sont également en coexistence avec le barème des prestations adopté par le conseil d'administration du 31 décembre 2024.

A. BAREME DES PRESTATION

**BAREME DES PRESTATIONS DE LA MUTUELLE DES AGENTS DE L'ETAT (MSAE) NIGER
CODE D'IMMATRICULATION : 1A/0302021/NE.**

LIBELLE		CENTRES DE SANTE NON COUVERTS PAR L'AMO	CENTRES DE SANTE COUVERTS PAR L'AMO	PLANFOND
NATURE DES ACTES	TAUX DE REMBOURSEMENT		BASE DE REMBOURSEMENT	
CONSULTATION				
Consultation CSI		80%	20%	200 000 fcfa/famille/an
Consultation en HD		80%	20%	
Consultation en HNN/EXTERNE		80%	20%	
MATERNITE				
Accouchement CSI		80%	20%	
Accouchement HD		80%	20%	

Maternité (accouchement) GAZOBI		80%	20%	
PHARMACIE				
Médicaments Génériques sur prescription médicale	80%			120 000 fcfa/Famille/an
Médicaments de spécialité sur prescription médicale	80%			120 000 fcfa/famille/an
DENTAIRE				
Consultation		80%	20%	100 000 fcfa/personne/an
Radio		80%	20%	
Soins dentaires		80%	20%	
Chirurgie Dentaire		80%	20%	
OPTIQUE				
Verre				30 000 fcfa/Personne/an
Monture				
EVACUATION A L'INTERIEUR DU NIGER				
Au niveau régional (HD des vers HNN)		80%		100 000fcfa/famille/an
Au niveau (Des HD de région vers Hôpitaux nationaux ou de Référence de Niamey)		80%		200 000 fcfa/famille/an
HOSPITALISATION				
Actes médicaux (y compris examens complémentaires et pharmacie administrée)		80%	20%	100 000 fcfa/personne/an
Honoraires médicaux et frais accessoires à une intervention chirurgicale		80%	20%	150 000 cfa/personne/an
Frais de séjour		80%	20%	10 000 fcfa/Jour

Ces deux outils permettent de définir les différents types de paquets de prestations qu'offre la MSAE. Il s'agit principalement de deux paquets de soins :

- ✓ Un paquet soins de complémentaire délivrés par les publics ;
- ✓ Un paquet de soins spécifiques délivrés par les centres de santé privés.

IV. . LES PARTENAIRES DE LA MSAE

Les structures sanitaires publiques (centres de santé, hôpitaux régionaux, hôpitaux nationaux, hôpitaux de district, maternités) sont les partenaires privilégiés de la Mutuelle de santé des agents de l'Etat avec lesquelles, elle signe des conventions-

Elle peut aussi faire recours aux formations sanitaires privées. Elle peut également recourir aux services de médecins-conseils pour :

- orienter les bénéficiaires vers les structures sanitaires agréées ;
- maîtriser les dépenses de prestations de la Mutuelle par le contrôle des coûts et la possibilité de négocier des tarifs préférentiels.

Pour une gestion de proximité des besoins de santé de ses membres la mutuelle dispose de partenaires sur l'ensemble du territoire national.

V. LE PLATEAU TECHNIQUE.

Le choix des structures publiques sanitaires se fonde sur la disponibilité d'un plateau technique apte à satisfaire les besoins de santé des bénéficiaires de la Mutuelle.

En cas d'insuffisance du plateau technique des structures sanitaires publiques ou privées agrégées par l'Etat, la Mutuelle peut s'orienter vers les structures privées non agrégées présentant un meilleur plateau technique. Il faut noter dans ce cas que le choix final d'utiliser l'établissement conventionné relève de la décision exclusive de l'adhérent, du fait de l'incidence des coûts dont il supportera la plus grande quotité.

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

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

5.1 NIVEAU DES PRIX

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

Pour les structures sanitaires non agrégées, la Mutuelle peut négocier des tarifs préférentiels dont les taux sont de même niveau que ceux appliqués par les structures privées agrégées.

VI. PAQUETS DE PRESTATIONS

4.1 PAQUET SOINS DE COMPLEMENTAIRE DELIVRES PAR LES CENTRES DE SANTE COUVERTS PAR L'AMO

Prestations prises en charge	Taux de prise en charge
Soins ambulatoires	
Consultation curative générale	20%
Consultation dentaire	20%
Pansement, piqûres, transfusions	20%
Petite chirurgie ambulatoire	20%
Soins spécialisés (dentaires, ophtalmologie...)	20%
Echographie	20%
Analyses médicales/Laboratoire	20%
Médicaments de spécialité	35%
Médicaments génériques	65%
Transport	
Ambulance	20%
Hospitalisation	
Forfait de séjour	20%
Radiographie/Echographie	20%
Analyses médicales/Laboratoire	20%
Médicaments de spécialité ou de marque	50%
Médicaments génériques (IB)	20%
Consommables médicaux	20%
Maternité	
Consultation prénatale	20%
Consultation post-natale	20%
Planning familial	20%
Accouchement simple	20%
Hospitalisation	20%
Echographie	20%
Analyses médicales/Laboratoire	20%
Médicaments de spécialité	35%
Médicaments génériques	65%
Dentaire	
Consultation	20%
Radio	20%

Soins dentaires	20%
Chirurgie dentaire	20%

4.2 PAQUET SOINS DE BASE NON DELIVRES PAR LES CENTRES DE SANTE NON COUVERTS PAR L'AMO

Prestations prises en charge	Taux de prise en charge
Soins ambulatoires	
Consultation curative générale	80%
Consultation dentaire	80%
Pansement, piqûres, transfusions	80%
Petite chirurgie ambulatoire	80%
Soins spécialisés (dentaires, ophtalmologie...)	80%
Echographie	80%
Analyses médicales/Laboratoire	80%
Médicaments de spécialité	35%
Médicaments génériques	65%
Transport	
Ambulance	80%
Hospitalisation	
Forfait de séjour	80%
Radiographie/Echographie	80%
Analyses médicales/Laboratoire	80%
Médicaments de spécialité ou de marque	80%
Médicaments génériques (IB)	80%
Consommables médicaux	80%
Maternité	
Consultation prénatale	80%
Consultation post-natale	80%
Planning familial	80%
Accouchement simple	80%
Hospitalisation	80%
Echographie	80%
Analyses médicales/Laboratoire	80%
Médicaments de spécialité	35%
Médicaments génériques	65%
Dentaire	
Consultation	80%
Radio	80%
Soins dentaires	80%
Chirurgie dentaire	80%

PAQUET SPECIFIQUE DE VERRE CORRECTEUR

Prestations prises en charge par la MSAE	Taux de prise en charge
<i>Forfait</i>	<i>30 000/personne</i>

VII. CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE DU BENEFICIAIRE

Les prestations fournies par la Mutuelle à ses bénéficiaires sur la base d'une lettre de garantie est délivrée à l'adhérent à jour de ses cotisations en cas de maladie survenue à lui-même ou à l'un de ses ayants droit, sur présentation de sa carte médicale, du billet de consultation et/ou de l'imputation budgétaire et éventuellement de l'ordonnance pour ce qui concerne les médicaments.

La lettre de garantie confirme que ce dernier sera pris en charge conformément aux termes de la convention entre la Mutuelle et le prestataire des soins désigné.

La lettre de garantie est délivrée par le Directeur Exécutif ou par ses délégués aux niveaux national, régional ou départemental.

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

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

La souche contient des éléments d'identification :

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

La souche reste dans le carnet et constitue un document de référence et de contrôle pour la Mutuelle. Le volet « garantie » adressé au prestataire contient :

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

Au bas de la convention est portée la mention suivante :

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

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

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

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

Le volet « attestation de services » dûment rempli par le prestataire est retourné avec la facture à la Mutuelle selon les délais convenus. La facture indique la structure des coûts (montant à la charge de l'adhérent, montant à la charge de la Mutuelle).

En cas d'urgence, l'adhérent muni de sa carte médicale, dépose sa pièce d'identité auprès du prestataire en attendant que la lettre de garantie soit émise et délivrée au plus tard dans les 48 heures.

La lettre de garantie est personnelle et ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une réutilisation.

VIII. MODALITES DE RECOURS ET CONTROLE DES PRESTATIONS

Dans son objectif de faciliter l'accès aux soins à ses membres et de protéger la mutuelle contre certains risques (abus, fraudes...) la MSAE a défini des modalités pratiques de recours aux soins et un dispositif de contrôle.

8.1 Les modalités de recours aux services de sante

Pour la définition des modalités de recours aux services de santé, certains principes doivent être sauvegardés :

- Elles doivent être simples afin d'être facilement comprises par les bénéficiaires et de favoriser un accès rapide aux soins ;
- Elles doivent mettre en œuvre les mécanismes nécessaires pour éviter la survenue de certains risques liés à l'assurance, telles que les fraudes, la surconsommation de soins, etc...,
- Elles doivent correspondre aux moyens techniques, financiers et humains de la mutuelle : un système trop complexe ou trop coûteux peut, à terme, s'avérer être une source de paralysie de la mutuelle,
- Elles doivent être cohérentes, dans le cadre d'un système de tiers payant, avec les règles et procédures de gestion des prestataires de soins.

Sur la base de ces principes, la MSAE a fixé les modalités suivantes :

- Pour bénéficier des prestations de soins, il faut :
 - o Être bénéficiaire de la mutuelle ;
 - o Avoir terminé sa période d'observation ;
 - o Être à jour dans le paiement de ses cotisations ou ne pas dépasser le retard toléré par la mutuelle ;
- Se présenter aux prestataires de services conventionnés muni de sa carte individuelle en cours de validité et des documents nécessaires pour la prise en charge (Lettres de garantie et bon de commande) ;

- Respecter la pyramide sanitaire avec le système de référence et contre référence ;
- S'acquitter de la quote-part (ticket modérateur) du cout de la prestation.

NB : La MSAE a prévu de définir un plafond de prise en charge à compter de la deuxième année en se basant sur les consommations individuelles des bénéficiaires. Mais pour plus de prudence, la MSAE fixe un plafond pour les prestations lourdes.

IX. PROCEDURE DE MODE DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

Après vérification par les services compétents (chef de Département des prestations et réclamations et Chef de Département de Finances et comptabilité) de la Mutuelle, les factures sont réglées soit par virement bancaire ou postal, soit par chèque barré ou par tout autre mode de paiement prévu par les procédures comptables.

5.2. Contrôle des droits aux prestations

Le contrôle des droits aux prestations est réalisé avant, pendant et après le recours aux soins des bénéficiaires. Ce contrôle se fait à deux niveaux que sont la MSAE et les prestataires.

5.2.1 Contrôle a priori (avant le recours aux soins)

Pour le **paquet soins de complémentaire délivrés par les publics**, l'accès aux structures de santé conventionnées est direct. Autrement dit le bénéficiaire utilise sa carte individuelle pour être pris en charge muni d'une attestation de prise en charge médicale délivrée par son employeur.

Au niveau des structures sanitaire conventionnées par la MSAE, l'accès aux services liés aux consultations médecins, aux analyses et aux radiographies est assujetti à la présentation de lettre de garantie.

Cette même modalité est applicable pour l'accès aux prestations offertes au niveau des hôpitaux en plus de la lettre de référence.

Concernant les médicaments, la MSAE délivre un bon de commande sur présentation d'une ordonnance provenant des prestataires des structures conventionnées.

La lettre de garantie est délivrée sur présentation d'une lettre de référence dûment signée.

Le contrôle se fait en amont au niveau de la MSAE pour les prestations qui nécessitent la présentation d'une lettre de garantie ou de bon de commande de médicaments. Le bénéficiaire doit se présenter au bureau de la MSAE avant de se rendre à la structure de santé conventionnées.

Pour cela, la Direction Exécutive de la MSAE aura pour tâches de :

- Vérifier l'identité du patient en contrôlant qu'il est bien inscrit sur la fiche d'adhésion de l'adhérent ainsi que son code bénéficiaire ;
- Contrôler sur la fiche de cotisation que le bénéficiaire est à jour de ses cotisations et n'est sous le coup d'une sanction qui suspend ses droits d'accès ;
- Délivrer éventuellement une lettre de garantie et orienter le bénéficiaire vers le prestataire ;
- Informer le bénéficiaire des modalités d'accueil et de prise en charge chez le prestataire.

NB : *MSAE doit s'adjoindre des services des praticiens consultants dotés d'expertises en contrôle médical pour la vérification des ordonnances.*

5.2.2 Contrôle au niveau du prestataire de services

Selon le circuit défini par la MSAE, le contrôle peut se faire au niveau de la MSAE ou au point de prestations de soins.

Lorsque l'accès aux prestations est direct, le contrôle est fait au niveau du point de prestation. Il est réalisé par le prestataire de soins et dépend donc du contrat qui régit les relations entre celui-ci et la MSAE.

Lorsque ce contrôle est prévu, le prestataire de soins doit :

- vérifier la validité de la carte individuelle ;

- vérifier l'identité physique de la personne ;
- vérifier que le bénéficiaire a terminé sa période d'observation
- s'assurer éventuellement que le nom du bénéficiaire ne figure pas sur une liste de personnes exclues de la MSAE qui peut lui être adressée par cette dernière.

5.2.3 Contrôle a posteriori (après le recours aux soins)

Ce contrôle est fait par le gérant du bureau régional de la MSNA. Ce contrôle consiste à :

- vérifier que les personnes inscrites sur les factures sont effectivement des bénéficiaires en règle avec la MSAE ;
- vérifier la conformité et la validé de la facture (cachet, signature, date, ...) ;
- vérifier les taux de prise en charge appliqué et les prestations éligibles ;
- vérifier la conformité des actes facturés avec le paquet de services défini dans la convention signée entre la MSAE et les structures de santé ;
- vérifier la concordance des informations contenues dans les attestations de soins et les factures ;
- contrôler la conformité des montants des actes facturés à la MSAE aux tarifs négociés dans la convention ;

X. ACTEURS ET OUTILS IMPLIQUES

6.1 Acteurs Principaux

- Directeur Exécutif ;
- Chef de Département des Prestations et Réclamations ;
- Chef de Département des finances et comptabilités ;
- Bénéficiaires
- Prestataires de soins

6.2 Outils utilisés

- Carte individuelle
- Registre des prestations de soins
- Lettre de garantie
- Bon de commande médicament
- Attestations de soins ;
- Attestations de prise en charge médicale

XI. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

RECLAMATIONS	ACTEURS	TACHES A EFFECTUER
<i>Demande d'adhérent</i>	Bénéficiaire	<i>Se présente au niveau du centre de santé muni de sa carte individuelle en cours de validité.</i>
	Agent de santé	<i>Procède au contrôle l'identité de la personne et la validité de la carte individuelle ;</i>
<i>Si la vérification est concluante</i>	Bénéficiaire	<i>Se présente au niveau du prestataire pour bénéficier des soins.</i>
	Prestataire	<i>Assure le diagnostic et le traitement appropriés ; Veille à la disponibilité et à l'accessibilité du personnel soignant ; Veille à la disponibilité des médicaments et autres produits essentiels ; Fait respecter la confidentialité ; Donne des informations suffisantes aux bénéficiaires sur les diagnostics et les traitements ; Respecte le principe du tarif en prescrivant en première intention les médicaments essentiels du Poste de santé.</i>
	Bénéficiaire	<i>S'acquitte de la quote-part du montant de la prestation (ticket modérateur).</i>
<i>En cas référence</i>	Prestataire	<i>Remplit une fiche de référence vers le centre de santé supérieur en renseignant sur la fiche tous les soins et médicaments jusque-là administrés au bénéficiaire.</i>
	Bénéficiaire	<i>Se présente au niveau du bureau de la mutuelle sociale pour disposer d'une lettre de garantie.</i>
	Bénéficiaire	<i>Se présente au niveau du centre de santé (service tri)/hôpital muni de sa carte en cours de validité et une lettre de garantie.</i>
	Agent de guichet	<i>Procède au contrôle l'identité de la personne, la validité de la carte individuelle et la lettre de garantie.</i>
	Bénéficiaire	<i>Se présente au niveau du prestataire pour bénéficier des soins.</i>
	Prestataires de soins	<i>Assure le diagnostic et le traitement appropriés, Prend en charge, Etablit l'attestation de soin.</i>

	Bénéficiaire	<i>S'acquitte de la quote-part du montant de la prestation (ticket modérateur).</i>
	Prestataire (A la fin du moins)	<i>Envoie sa facture au bureau régional de la MSNA pour paiement.</i>
	Le Gérant	<p><i>Réceptionne la facture ;</i> <i>Procède au contrôle et à la vérification de la facture (cf contrôle à postérieur) ;</i> - <i>Si la facture ne présente aucun objet de recours ;</i> <i>Envoie la facture à l'UG pour validation et paiement.</i> - <i>En cas d'irrégularités constatées ;</i> <i>Etabli une note de rejet de la facture motivée,</i> <i>Renvoie la facture et la note de rejet au prestataire pour correction,</i> <i>Après validation de la facture par le bureau région,</i> <i>Envoie la facture à l'UG.</i></p>
	Coordonnateur de l'UG	<p><i>Réception la facture,</i> <i>Transmet la facture au RAF pour contrôle et paiement.</i></p>
	RAF	<p><i>Prend connaissance de la facture validée par le bureau régional,</i> <i>Procède à un dernier contrôle,</i> <i>Etabli l'ordre de paiement et le soumet au coordonnateur l'UCG,</i> <i>Enregistre dans le registre des prestations.</i></p>
	Coordonnateur de l'UG	<p><i>Approuve l'ordre de paiement,</i> <i>Transmet au comptable pour paiement.</i></p>
	Comptable	<p><i>Etabli le chèque ou l'ordre de virement,</i> <i>Soumet au coordonnateur pour signature,</i> <i>Enregistre la facture de la journal comptable.</i></p>

