

MUTUELLE DE SANTE DES AGENTS DE L'ETAT

REPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité - Travail - Progrès

**Ministère de l'Emploi, du Travail
et de la Protection Sociale**

Comité chargé de la mise en place de la Mutuelle
de Santé des Agents de l'Etat

REGLEMENT INTERIEUR DE LA MUTUELLE DE SANTE DES AGENTS DE L'ETAT

MUTUELLE DE SANTE DES AGENTS DE L'ETAT

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Conformément à l'article 65 des Statuts de la MSAE, le présent Règlement Intérieur a été établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée générale. Tous les membres participants et honoraires sont tenus de s'y soumettre au même titre qu'aux Statuts.

Ce Règlement Intérieur complète les Statuts de la MSAE et en détermine les conditions d'application.

Chapitre premier: De la Formation et du siège de la Mutuelle

Section I: De la formation

Article premier: Il est créé au Niger une mutuelle de santé dénommée « Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat », en abrégé MSAE.

Article 2: La Mutuelle est une personne morale de droit privé créée par le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA et la loi n° 2008-10 du 30 avril 2008 portant régime général des mutuelles de santé en République du Niger. Les règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par le présent règlement intérieur.

Section II: Du siège

Article 3: Le siège est fixé à Niamey.

Toutefois, en cas de nécessité, le siège de la Mutuelle peut être transféré en tout autre lieu du territoire national.

Chapitre II: Des objectifs de la Mutuelle

Article 4: La Mutuelle est un groupement de personnes, fonctionnaires en activité, contractuels, auxiliaires et retraités qui décident de mener, essentiellement à l'aide de leurs cotisations, dans leur intérêt et celui de leurs familles, des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide, en vue de faciliter leur accès à des services de santé de qualité.

Chapitre III: De la Composition de la Mutuelle

Section I: Des membres participants:

Article 5: Sont membres participants ou adhérents :

- les agents en activité dans l'administration publique centrale, les collectivités locales et les établissements publics ;

- les agents placés en position de détachement, disponibilité ou suspension d'engagement ;
- les agents retraités ;
- les contractuels.

Les agents placés en position de détachement, de disponibilité ou de suspension d'engagement conservent leurs droits d'adhérent à la condition de verser directement leurs cotisations mensuelles au siège de la Mutuelle contre reçu.

Article 7: Toute adhésion acceptée donne lieu à la délivrance de la carte de membre et du livret de santé.

Section II: Des personnes bénéficiaires

Article 8: Sont bénéficiaires des prestations et services de la Mutuelle :

- le conjoint ;
- la conjointe (ou les conjointes) ;
- les enfants à charge ;
- **les enfants placés sous tutelle ;**
- les père et mère.

La prise en charge est assurée pour les enfants jusqu'à la majorité légale (18 ans). Elle est également assurée jusqu'à 21 ans révolus lorsque l'enfant justifie de la poursuite d'études sans percevoir de bourse sous quelque forme que ce soit.

Article 9: Les droits des ayants-cause agrégés de l'adhérent décédé sont assurés dans les conditions suivantes :

- Lorsque le décès est survenu avant que le membre ne remplisse les conditions de délai nécessaire pour bénéficier des prestations de la Mutuelle
- Si l'administrateur légal (mandataire) des ayants cause agrégés peut se substituer au défunt et continuer à cotiser, les droits sont maintenus. Toutefois, cela n'ouvre de droit à prestation de la Mutuelle pour l'administrateur légal que s'il est un conjoint de l'adhérent décédé ou un agent de l'Etat ou des collectivités locales ;
- S'il n'y a pas de substitution, il est versé aux ayants-cause agrégés, une indemnité représentant 80% des sommes cotisées par l'adhérent décédé.
- Lorsque le décès intervient alors que l'adhérent a déjà bénéficié des prestations de la Mutuelle :

- Si l'administrateur légal des ayants-cause agrégés peut se substituer au défunt et continuer à cotiser, les droits sont maintenus. Toutefois, cela n'ouvre de droit à prestation de la Mutuelle pour l'administrateur légal que s'il est un conjoint **de** l'adhérent décédé ou un agent de l'Etat ;
- S'il n'y a pas de substitution, les ayants-cause agrégés bénéficient des prestations de la Mutuelle pendant six (6) mois.

Section III: Des membres d'honneur

Article 10: Le Conseil d'Administration peut décerner l'honorariat aux administrateurs ou anciens administrateurs ayant rendu des services éminents à la Mutuelle. Le titre de membre honoraire est gratuit. Il n'ouvre droit ni à l'octroi de prestations ni au paiement d'indemnités.

CHAPITRE IV: DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT

Section I: Les organes de la Mutuelle

Article 11: La Mutuelle est administrée par les organes suivants :

- l'Assemblée Générale;
- le Conseil d'Administration ;
- le Gérant ;
- la Cellule de Gestion ;
- la Cellule régionale ;
- la Cellule départementale ;
- l'organe de contrôle (le commissariat aux comptes)

Sous-Section 1: De l'Assemblée Générale

Article 12: L'Assemblée générale est l'**instance** d'orientation et de décision. Elle se réunit en session ordinaire une fois par an sur convocation du président du Conseil d'administration. La convocation écrite à l'Assemblée Générale est transmise par le Gérant aux délégués quinze (15) jours avant la date prévue. A la convocation est joint obligatoirement le projet d'ordre du jour.

En cas d'urgence, une Assemblée Générale extraordinaire peut être convoquée par le Président du Conseil d'Administration ou à la demande du tiers (1/3) des délégués élus. L'ordre du jour est fixé par le Conseil d'Administration.

Toutefois, l'autorité de tutelle conserve le droit d'y faire inscrire des points dont elle juge la discussion nécessaire.

En cas de constatation d'une menace caractérisée à la continuité du fonctionnement de la Mutuelle ou d'entorses caractérisées aux dispositions légales, l'autorité de tutelle a compétence pour prendre toutes mesures conservatoires propres à sauvegarder les intérêts des membres ou des tiers concernés. L'autorité de tutelle pourra notamment :

- convoquer l'Assemblée Générale pour faire délibérer sur les mesures propres à régulariser la situation ;
- enjoindre à la Mutuelle de régulariser sa situation sans délai ;
- suspendre les dirigeants ;
- retirer l'agrément.

L'Assemblée Générale est composée des coordonnateurs des cellules départementales et régionales, du Gérant, des membres du Conseil d'Administration et des Commissaires aux comptes. Les participants à l'Assemblée Générale sont électeurs et éligibles à l'exclusion du Gérant.

L'Assemblée Générale délibère sur les rapports qui lui sont présentés et statue sur les questions soumises par le conseil d'administration ; elle vote le budget et se prononce sur le rapport moral et le compte rendu de la gestion financière.

L'Assemblée Générale est seule compétente pour :

- élire les membres du Conseil d'Administration ;
- décider de la modification des statuts ;
- approuver le règlement intérieur et ratifier ses modifications ;
- fixer le montant des cotisations mensuelles et en approuver le cas échéant, les modifications du plafond de base ;
- Déterminer les prestations servies par la mutuelle;
- se prononcer sur la fusion, la scission ou la dissolution de la Mutuelle ;
- approuver l'adhésion ou le retrait à une structure faîtière de mutuelles sociales.

Pour délibérer valablement, l'Assemblée Générale doit recueillir un quorum des 2/3 des adhérents présents et ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés. Toutefois, si les décisions portent sur les modifications des statuts et du règlement intérieur et l'acquisition d'immeubles, la majorité requise est de 2/3 des adhérents présents ou représentés.

Toutes les délibérations de l'Assemblée Générale sont consignées dans un registre spécial conservé au siège de la Mutuelle.

Sous-Section 2: Du Conseil d'Administration

Article 13: Le Conseil d'Administration est l'organe de gestion et d'administration de la Mutuelle de santé. Il applique les délibérations de l'Assemblée Générale. Il exerce toutes les prérogatives qui ne sont pas expressément dévolues à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration est responsable devant l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration est chargé également de :

- mettre en œuvre les décisions de l'Assemblée Générale ;
- proposer le programme d'activités de la Mutuelle de santé ;
- exécuter le programme d'activité et le budget de la Mutuelle de santé ;
- élaborer le budget prévisionnel de la Mutuelle;
- gérer les ressources de la Mutuelle de santé ;
- assurer le fonctionnement quotidien de la Mutuelle de santé ;
- établir les comptes annuels de la Mutuelle de santé ;
- assurer le remboursement des soins aux prestataires ;
- représenter la Mutuelle de santé auprès des différents partenaires ;
- régler tout malentendu entre la Mutuelle et les prestataires de soins ;
- assurer la promotion et le développement de la Mutuelle de santé.

Le Conseil d'Administration délègue une partie de ses attributions au Gérant pour assurer la gestion quotidienne de la mutuelle.

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président à son initiative ou à la demande de la majorité simple des membres, au moins deux fois par an. Dans ce dernier cas, il a l'obligation de convoquer le conseil.

En cas de refus ou d'empêchement du président pour convoquer le Conseil d'administration, la Convocation est faite par une majorité de 2/3 des administrateurs. Dans le cas échéant, un Président de séance est élu pour conduire les travaux. L'Organe administratif de la mutualité sociale, sur saisine d'un administrateur le plus diligent ou du Commissariat aux comptes peut également convoquer le Conseil d'Administration.

Sa convocation en session extraordinaire est obligatoire lorsqu'elle est demandée par le tiers des administrateurs. La représentation par une tierce personne et le vote par procuration sont interdits au sein du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'administration ne délibère que si les 2/3 de ses membres sont présents. Si le quorum n'est pas atteint, une seconde réunion est convoquée sous huitaine avec le même ordre du jour. Il délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents. Il est établi à chaque réunion un procès verbal qui fait l'objet d'approbation lors de la réunion suivante. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité simple des membres présents. Le vote a lieu au scrutin secret et en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les délibérations du Conseil d'Administration sont consignées dans des procès-verbaux qui sont approuvées par l'Assemblée Générale à sa session suivante.

Les fonctions d'administrateur de la Mutuelle sont gratuites. Toutefois, les frais de déplacement et/ou de séjour occasionnés par ces fonctions peuvent être remboursés sur présentation des justificatifs des dépenses y relatives.

La fonction d'administrateur est incompatible avec celle de délégué de cellule à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Le membre du Conseil d'Administration ne peut exercer de fonction rémunérée par la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai de six (6) mois à compter de la fin de son mandat.

Le Conseil d'Administration élit en son sein un Président. Le Président du Conseil d'administration prépare les réunions de l'Assemblée Générale, propose les projets d'ordre du jour et les préside à l'exception des AG électives et lorsqu'il est lui-même candidat.

Sous-Section 3: Du Gérant

Article 14: A titre d'organe d'exécution et de représentation de la Mutuelle, le Gérant est chargé de la gestion quotidienne de la Mutuelle. Il applique les décisions prises par les organes délibérants et assure la continuité du service au sein de la mutuelle. Le Gérant est recruté par le Conseil d'Administration après une sélection à l'issue d'un appel à candidatures, pour un mandat de deux ans renouvelable. Il participe aux réunions du Conseil avec voix consultative.

Il est responsable devant celui-ci. Il est assisté par une Cellule de Gestion.

Le Gérant veille au bon fonctionnement de la Mutuelle et à l'exécution des décisions prises par les organes délibérants. Il convoque et préside les réunions de la Cellule de Gestion. Il ordonne les dépenses et représente la Mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile.

Il présente au Conseil d'Administration un rapport moral et financier de sa gestion qui retrace :

- l'évolution des effectifs de la Mutuelle;
- le montant des dépenses au titre des prestations de services.

Le Gérant accomplit également les tâches suivantes :

- le secrétariat des réunions du Conseil d'Administration dont il dresse les procès-verbaux y afférents ;

- l'administration et la gestion courante de la Mutuelle sur délégation du Conseil d'Administration;
- la préparation des programmes d'activités et les budgets y afférents;
- la préparation du rapport d'activités de la Cellule de Gestion et du Conseil d'Administration ;
- le courrier et la gestion des archives de la Mutuelle.

Le Gérant est responsable de la bonne marche des cellules régionales auxquelles il peut déléguer les attributions suivantes :

- l'information et le contact avec les membres de la Mutuelle;
- l'encaissement des cotisations autres que celles versées directement au siège ;
- le service des prestations ;
- l'organisation du contrôle administratif et médical des prestations ;
- la tenue de la comptabilité des opérations locales ;
- les radiations, sauf recours devant le Conseil d'Administration ;
- l'organisation et la gestion d'œuvres régionales suivant les directives du Conseil d'Administration.

Sous-Section 4: De la Cellule de Gestion

Article 15: La Cellule de Gestion est un organe mis en place par le Conseil d'Administration en vue de garantir l'efficacité et l'efficience des activités de la Mutuelle (gestion des cotisations, gestion des adhésions, gestion des prestations, gestion comptable et financière, gestion de l'outil informatique) et d'assurer la prévention des risques.

Les membres de la Cellule de gestion sont des salariés recrutés par le Conseil d'Administration et payés par la Mutuelle.

La Cellule de Gestion se réunit au moins une fois par mois, sur convocation du Gérant qui en assure aussi la présidence. Il est responsable de l'administration et de la gestion du patrimoine ainsi que du personnel salarié de la Mutuelle (comptable, secrétaire, etc.).

La Cellule de gestion est composée de :

- Un (1) gestionnaire ;
- Un (1) chef du service comptable ;
- Un (1) chef du service informatique ;
- Un chef du service relations avec les antennes.

Sous-section 5: De la Cellule régionale

Article 16: Organe de coordination et d'exécution de la Mutuelle au niveau régional, la Cellule Régionale regroupe les coordonnateurs et les coordonnateurs adjoints des

cellules départementales de Mutuelle. Elle est dirigée par le coordonnateur de la cellule du département chef-lieu de région.

Sur la base d'un cahier de charges, la cellule reçoit délégation de compétence du Gérant pour le bon fonctionnement de la Mutuelle au niveau régional. Elle rend compte mensuellement et par écrit de ses activités à celui-ci.

Sous-Section 6: De la cellule départementale

Article 17: Organe de coordination et d'exécution au niveau du département, elle est la structure de base de la Mutuelle. Elle réunit tous les membres adhérents de la Mutuelle d'un même département. Elle est dirigée par un bureau de quatre (4) membres, comprenant :

- un coordonnateur ;
- Un coordonnateur adjoint ;
- Un secrétaire administratif ;
- Un trésorier.

Le bureau de la Cellule départementale est chargé du fonctionnement de la Mutuelle au niveau du Département. Il exerce sous l'autorité de la cellule régionale et du Gérant. La cellule départementale rend compte mensuellement et par écrit de ses activités à la cellule régionale.

Chaque cellule est représentée par un délégué à l'Assemblée Générale et pour chaque délégué il est élu un délégué suppléant. Tout effectif de 100 adhérents donne droit à un délégué supplémentaire à l'Assemblée Générale.

Le délégué à l'Assemblée Générale et son suppléant sont élus pour une période de deux ans (2) renouvelables. Le mandat du délégué se perd normalement par :

- démission ou radiation ;
- mutation hors du territoire départemental ;
- décès.

Sous-Section 7: Du Commissariat aux Comptes

Article 18: Deux Commissaires aux Comptes sont élus en assemblée générale en marge du Conseil d'administration. Les Commissaires aux comptes sont chargés du contrôle de la gestion financière de la mutuelle.

La qualité de commissaire aux comptes est incompatible avec les fonctions d'administrateur ou de gérant. Leur fonction est gratuite. Toutefois, lorsque l'importance des activités de la Mutuelle de santé l'exige, un contrôle financier ponctuel, peut être confié à une personne ou structure qualifiée, dont la mission sera rémunérée.

Les commissaires aux comptes vérifient la régularité des opérations comptables et la tenue régulière des livres comptables de la Mutuelle de santé.

Ils peuvent, à toute époque de l'exercice, procéder aux vérifications et contrôles qu'ils jugent opportuns et peuvent se faire communiquer sur place, toutes les pièces qu'ils estiment utiles à l'exercice de leur mission et notamment tout contrats, livres, documents comptables, registres et procès-verbaux.

Les commissaires aux comptes soumettent à chaque session ordinaire de l'Assemblée Générale et chaque fois que de besoin, un rapport sur la gestion comptable et financière de la Mutuelle de santé.

CHAPITRE II: DU FONCTIONNEMENT

Article 19 : Le Conseil d'Administration se réunit en session ordinaire deux (2) fois par an, sur convocation du président, la première pour adopter la proposition de budget et le programme d'activités annuel et la deuxième pour approuver **le bilan financier** et le rapport d'activités de l'exercice clos de la mutuelle de santé.

Le Conseil d'Administration peut se réunir en session extraordinaire en tant que de besoin, à l'initiative du président ou de la majorité simple des membres.

Les décisions du Conseil sont prises à la majorité des **2/3** des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.
Un procès-verbal sanctionne les réunions du Conseil d'Administration.

Article 20 : Le Conseil d'Administration est responsable de la gestion de la mutuelle devant l'Assemblée Générale.

Article 21: En vue de garantir l'efficacité et l'efficience des activités de la mutuelle et d'assurer la prévention des risques, le Conseil d'Administration délègue une partie de ses attributions à un Gérant qui a en charge la gestion de la mutuelle. Le gérant ne peut en aucun cas être membre du Conseil d'Administration. Il est responsable de la gestion des ressources financières, matérielles et humaines de la mutuelle de santé. Il est également responsable de la gestion des prestations servies par la mutuelle.

Article 22: Compte tenu du niveau important d'activités, le gérant met en place une cellule de gestion pour l'assister ainsi que des Cellules régionales et départementales.

Article 23: Le Comptable de la mutuelle ne peut conserver en caisse plus de 500.000 FCFA. Il est chargé du versement des fonds sur les comptes bancaires de la mutuelle.

Toute émission de chèque, toute opération de virement ou retrait de fonds est à la double signature du Gérant et du Comptable.

Article 24: Le contrôle de la Mutuelle de Santé des Agents de l'État est assuré par un commissariat aux comptes composé de deux (2) commissaires élus par l'Assemblée Générale pour une période de trois (3) ans renouvelable une seule fois parmi les adhérents non-administrateurs et non-gérants.

Les commissaires aux comptes exécutent leurs cahiers de charges sans préjudice des prérogatives reconnues à l'Organe administratif de la mutualité sociale.

Article 25 : La tutelle technique peut, faire procéder à la vérification de la gestion de la mutuelle de santé.

Section I: Du Partenariat

Article 26: La Mutuelle de Santé des agents de l'État est une Mutuelle complémentaire et l'entrée initiale en jouissance est justifiée uniquement par la qualité d'agent de l'État ou de ses démembrements. La Mutuelle de Santé des agents de l'État est une Mutuelle d'envergure nationale dont les bénéficiaires sont disséminés sur l'ensemble du territoire national.

Le Gérant doit, à cet effet, signer des conventions de partenariat avec le maximum de structures sanitaires publiques et privées pour une gestion de proximité des besoins de santé des membres de la Mutuelle.

Il peut également recourir aux services de médecins-conseils qui ont un rôle déterminant à jouer dans ce dispositif destiné notamment à :

- 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.

Article 27: Le choix des partenaires se fonde sur des critères de territorialité (emplacement, facilité d'accès) et de plateau technique (équipement, personnels). Les structures sanitaires publiques sont les partenaires privilégiés de la Mutuelle.

Sous-section 1 : La territorialité

Article 28: La Mutuelle signe des conventions avec toutes les structures publiques de santé de la pyramide sanitaire (poste de santé, centre de santé, hôpital régional, hôpital national).

La Mutuelle signe également des conventions avec les structures sanitaires privées agréées par l'État. Au cas où la situation le justifie (insuffisance du plateau technique des structures sanitaires publiques et privées agréées par l'État), la Mutuelle peut signer des conventions avec des structures sanitaires privées non agréées par l'État.

Pour la gestion des médicaments, la Mutuelle signe des conventions avec des officines privées à raison d'une officine au moins par département.

Sous-section 2: Le plateau technique

Article 29: Le plateau technique réfère au niveau d'équipement et à la qualité des ressources humaines des structures sanitaires.

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 agréées par l'État, la Mutuelle peut s'orienter vers les structures privées non agréées présentant un meilleur plateau technique. Dans ce cas, le choix final d'utiliser l'établissement conventionné relève de la décision exclusive de l'adhérent qui en supportera les coûts supplémentaires.

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

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

Sous-section 3: Niveau des prix

Article 30: Les tarifs négociés par la Mutuelle avec les structures sanitaires publiques ou privées agréées ne peuvent être supérieurs à ceux appliqués à l'État pour ses agents.

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

Section II: Des relations avec la tutelle

Article 31: Les départements ministériels partenaires de la Mutuelle sont principalement les ministères en charge de la Fonction Publique, de la Prévoyance sociale, des Finances, de l'Administration Territoriale et de la Santé Publique.

La Mutuelle rend compte chaque année de ses activités à l'Organe administratif de la mutualité sociale qui en assure le contrôle au nom de l'État.

Toute personne ou organisme qui apporte un appui technique et/ou financier à la MSAE peut se faire communiquer, à la demande, des informations relatives au programme d'activités, au budget prévisionnel, aux rapports de gestion notamment sur les rubriques qui concernent son intervention.

Article 32: La MSAE sollicite régulièrement auprès des ministères chargés de la Fonction Publique, des Finances et de l'Administration Territoriale, la situation administrative des membres adhérents pour la mise à jour des dossiers individuels.

En cas de subvention de l'État, la Mutuelle rend compte de l'utilisation des fonds alloués aux Ministères en charge des Finances, de la Fonction Publique et de la Santé Publique.

TITRE II: DE L'ADHESION, DES DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES ET DES MESURES DISCIPLINAIRES

Chapitre I: De l'adhésion

Section I: La procédure d'adhésion à la Mutuelle

Article 33: La procédure d'adhésion à la MSAE s'accomplit comme suit :

- Pour les d'adhérents d'office, la formalité se résume à une déclaration sur leur situation administrative et familiale (bénéficiaires) aux fins d'établissement de leur carte de membre ;
- Pour les autres cas, la personne se présente au siège de la Mutuelle ou auprès de ses représentations au niveau local (cellules départementale ou régionale), s'informe des modalités d'adhésion et remplit le bulletin d'adhésion et remplit la fiche de délégation de solde pour la retenue à la source de la cotisation mensuelle ;
- Pour l'acquittement des frais d'adhésion fixés à 2500Fcf, l'adhérent peut verser directement la somme contre la délivrance obligatoire d'un reçu, ou remplir la fiche de délégation de solde prévue à cet effet.
- Si la demande d'adhésion est acceptée, l'adhérent fournit un dossier complet tel que décrit sur le bulletin d'adhésion.
- Après réception du dossier, le Gérant ou le Responsable de la Cellule régionale ou locale enregistre l'adhésion et remplit le livret de santé avec les données du membre adhérent et des personnes qui lui sont agrégées.

Sous-Section 1: Identification

Article 34: L'identification porte sur les éléments suivants:

- la filiation (prénoms et nom, date et lieu de naissance) ;

- la situation administrative (numéro matricule, numéro du poste budgétaire, corps et grade, indice de solde, service employeur, organisme payeur) ;
- la situation matrimoniale (statut, taille de la famille) ;
- l'adresse civile.

Sous-Section 2: La composition du dossier

Article 35:Le dossier d'adhésion comprend :

- un bulletin d'adhésion tel que décrit ci-dessus ;
- un acte d'état civil ;
- une attestation de service délivrée par le Chef de service habilité, précisant obligatoirement : numéro matricule, numéro du poste budgétaire, corps et grade, indice de solde et le service utilisateur ;
- un bulletin de salaire d'un des trois derniers mois ;
- la liste des membres agrégés et les pièces justificatives nécessaires à savoir :
 - le (s) certificat (s) de mariage ;
 - les extraits d'acte de naissance et le certificat de vie et charge des enfants auxquels sont joints le cas échéant, le jugement constitutif pour les enfants adoptés ou les enfants en charge ;
 - les certificats de scolarité pour les enfants de 18 ans à 21 ans poursuivant des études et ne bénéficiant pas de bourse ;
- 4 photos d'identité pour l'adhérent et chacun des membres qui lui sont agrégés.

Sous-Section 3: La carte de membre

Article 36: La carte de membre de la mutuelle comporte deux faces. Au recto, figurent le logo et les coordonnées de la Mutuelle (adresse, téléphone, fax, e-mail, boîte postale, site Web). Au verso, il y a des éléments d'identification de l'adhérent (Prénoms et Nom, numéro matricule, numéro du poste budgétaire, numéro d'identification de l'adhérent, situation matrimoniale, cellule d'appartenance, code d'identification pour les contractuels). Le montant de la carte est fixé à 5.000 FCFA.

Sous-Section 4: le livret de santé

Article 37:Le Livret de santé se présente sous la forme d'un carnet à plusieurs feuillets subdivisé en trois (3) parties.

La première partie qui comprend également la page de garde, est consacrée à l'adhérent.

Sur la page de garde, figurent les coordonnées de la Mutuelle (adresse, téléphone, fax, E-mail et site Web), sur la première page l'adhérent est identifié avec les informations suivantes :

- les prénoms et nom ;
- les date et lieu de naissance ;
- le numéro matricule ;
- le code pour les contractuels ;
- numéro du poste budgétaire ;
- l'adresse civile ;
- le numéro d'identification dans le registre des adhésions à la Mutuelle ;
- la photo d'identité.

Les pages qui suivent sont consacrées au suivi médical de l'adhérent (consultation, vaccinations). La deuxième partie est réservée au (x) conjoint(s) de l'adhérent :

- identification (photo, prénoms et nom, date et lieu de naissance, date de mariage, adresse) ;
- suivi médical (consultations et vaccinations).

La troisième partie concerne les enfants à la charge de l'adhérent :

- Identification (photo, prénoms et nom, date et lieu de naissance, sexe, numéro d'acte de naissance) ;
- Suivi médical (consultations, vaccinations).

La mise à jour du livret de santé à la suite d'une modification de la situation familiale de l'adhérent est faite par le Gérant.

Pour ce faire, l'adhérent doit fournir les éléments justificatifs de sa nouvelle situation. Lorsqu'il s'agit d'un nouveau membre agrégé, l'adhérent concerné fournit les pièces justificatives ainsi que quatre (4) photos d'identité du nouveau membre agrégé.

Dans le cas de retrait d'un membre agrégé pour cause de divorce ou de décès, l'adhérent concerné transmet au Gérant la pièce justificative requise.

Le retrait d'enfant à charge ne remplissant plus les conditions requises pour sa couverture par la Mutuelle est notifié par le Gérant à l'adhérent concerné. Il s'agit de

- enfant âgé de 18 ans révolus à 21 ans ne poursuivant pas des études ;
- enfant âgé de 18 ans révolus à 21 ans poursuivant des études et bénéficiant de bourse.

En cas de perte ou de détérioration du livret de santé, l'adhérent concerné doit se faire établir un nouveau livret de santé moyennant sa valeur d'acquisition fixée par le Gérant.

Section II: La Cotisation

Article 38: La cotisation est mensuelle. Elle est prélevée selon le mode de retenue à la source. Toutefois, l'adhérent dont la cotisation ne peut être retenue à la source, est tenu de la verser au siège de la Mutuelle soit au niveau central et envoyée par voie postale, le talon du mandat tient lieu de reçu provisoire. Le reçu définitif est délivré par le Gérant après l'encaissement effectif du montant.

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé par l'Assemblée Générale selon un taux, révisé en cas de besoin. L'assemblée constitutive du 10 juin 2021 a fixé ce taux à 2% par mois assorti d'une majoration de 500 F cfa à partir du 7^{ème} enfant, avec un délai d'observation de 6 mois.

La cotisation est modulée selon la catégorie de prise en charge et la taille de la famille. Une majoration de F CFA par mois est appliquée à l'adhérent bénéficiant de la première catégorie de prise en charge médicale (indice de salaire est égal ou supérieur à ou disposant d'un salaire global équivalent). Une majoration de F CFA par mois est appliquée à l'adhérent polygame.

Une majoration de F CFA par mois est appliquée à l'adhérent ayant plus de 6 enfants à charge, pour chacune des tranches suivantes : 7 à 10 enfants, 11 à 15 enfants, 16 à 20 enfants, 21 à 25 enfants, 26 à 30 enfants etc.

La mise à jour des taux individuels de cotisation s'effectue sur la base des informations relatives à la situation personnelle des adhérents fournies par :

- l'adhérent ;
- le fichier des personnels de la Fonction publique ;
- le fichier de la Direction de la Solde ;
- le fichier des personnels exerçant dans les Collectivités locales.

Pour toute mise à jour, l'adhérent concerné remplit une nouvelle fiche de délégation de solde sur la base de son nouveau taux de cotisation mensuelle. Cette nouvelle fiche annule sa précédente délégation de solde.

Chapitre II: Des Droits et obligations de l'adhérent

Section I: Des droits

Article 39: L'adhérent a droit à la carte de membre de la Mutuelle et au livret de santé. Chaque adhérent est rattaché à la cellule de son lieu de travail ou de résidence. L'adhérent à jour de ses cotisations est électeur et éligible à toutes les instances de la Mutuelle dans le respect des dispositions des statuts et du règlement intérieur.

L'adhérent à jour de ses cotisations ainsi que les membres de sa famille qui lui sont agrégés bénéficient des prestations de la Mutuelle après l'observation de la période

d'attente de six (6) mois pour compter de la date du premier encaissement de sa cotisation.

Article 40 : Seuls les prestataires inscrits sur le carnet de l'adhérent peuvent bénéficier des interventions de la mutuelle.

Article 41 : Les agents titulaires de leur carte de mutuelle et qui sont à jour de leur cotisation ont droit aux prestations de la mutuelle.

Article 42: La mutuelle prend en charge les prestations offertes par la Mutuelle concernant une prise en charge complémentaire portant sur :

- d'une part, tout ou partie du cinquième des frais non couverts par l'Etat concernant les postes « consultations, analyses, radiographie, soins externes, hospitalisations et accouchements » ;
- d'autre part, une prise en charge déterminée de certains produits et médicaments pharmaceutiques.
- Intervention chirurgicale : 80% du 1/5^{ème}
- Hospitalisations : 50% du 1/5^{ème}
- Analyse laboratoires : 50% du 1/5^{ème}
- Imagerie médicale : 50% du 1/5^{ème}
- Consultation : 50% du 1/5^{ème}
- Médicaments génériques : 65% du coût total
- Médicaments de spécialité : 35% du coût total
- Lunettes : forfait 30 000FCFA

Dans les structures sanitaires publiques (poste et centre de santé) conventionnées par la Mutuelle où l'imputation budgétaire n'est pas acceptée, la Mutuelle prend en charge 80% du coût total des prestations couvertes.

Dans les établissements qui acceptent l'imputation budgétaire, le remboursement des frais est effectué par la Mutuelle à hauteur des taux de prise en charge établis ci-dessus.

Pour les soins internes (hospitalisations), le remboursement à l'intéressé se fait sur présentation d'une copie de la facture établie par la structure sanitaire et une copie du bulletin de salaire sur lequel figure le précompte du 1/5^{ème} à sa charge.

Avec les structures privées non agréées par l'Etat, la Mutuelle peut signer des conventions par nécessité et à la demande de la section locale, mais dans ce cas elle prend en charge l'équivalent du 1/5^{ème} des frais tels que définis plus haut.

Dans tous les cas, les niveaux de prise en charge retenus sont annexés aux conventions signées avec les structures ainsi que les conditions de remboursement des prestations et, surtout, des médicaments.

Les produits non remboursés par la Mutuelle sont les suivants :

- La parfumerie ;
- Les produits alimentaires et produits de régime ou de remplacement, les fortifiants sauf sur ordonnance, les vins, les eaux minérales, les alcools ;
- Les objets à usage médical, notamment thermomètre, seringue, vessie, bac ou poire à lavement, bassin, inhalateur, irrigateur, sonde, savon, ventouse, gant de crin ;
- Les appareils d'orthopédie et de prothèse dentaires, bandes, compresses, gaz, coton, aspirine, mercurochrome, eau oxygénée, teinture d'iode, sparadrap ;
- Les renouvellements de médicaments non ordonnés par le médecin ;
- Les médicaments ou produits n'ayant pas un caractère thérapeutique mais préventif, y compris sérum et vaccin, sauf en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie pendant lesquelles la vaccination est recommandée par les autorités compétentes ;
- Les opérations n'ayant qu'un but esthétique ou de rajeunissement ;
- Sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans maximum, les opérations ayant pour but de remédier à une infirmité ou mal formation congénitale ;
- Massages, les séances de rééducation, de diathermie et d'hydrothérapie à but esthétique ;
- La gymnastique corrective ;
- Les soins dispensés en matière de pédicure et/ou de manucure ;
- Les traitements ou cures de rajeunissement ou de beauté.

Pour le cas particulier des maladies chroniques, le remboursement des ordonnances consécutives au traitement de ces maladies chroniques ne sera effectif qu'après avis du médecin-conseil de la Mutuelle. Cette prise en charge ne pourra excéder une période de six (6) mois.

Article 43 : Les produits pharmaceutiques et cosmétiques ne font pas l'objet de remboursement par la mutuelle. Les consultations privées dentaires, ophtalmologiques ne sont pas concernées par la couverture, ainsi que les prothèses et les appareils orthopédiques.

L'adhérent qui s'estime lésé dans ses droits peut user du droit de recours auprès des **organes** de la Mutuelle ou de tout autre organe habilité.

Section II: Des obligations

Article 44: L'adhérent est tenu de s'acquitter de ses droits d'adhésion et de verser régulièrement sa cotisation selon les modalités de procédure en vigueur.

Pour bénéficier des prestations de la mutuelle, l'adhérent et les membres de sa famille qui lui sont agrégés doivent référer obligatoirement aux prestataires agréés par la Mutuelle.

L'adhérent doit obligatoirement informer la Mutuelle de toute modification intervenue dans sa situation administrative ou familiale dans les trois mois qui suivent. La qualité de membre se perd par la démission ou la radiation.

En cas de démission, l'adhérent doit le notifier par lettre recommandée au Président du Conseil d'Administration. Toutefois, la démission ne donne pas droit au remboursement des cotisations déjà perçues par la Mutuelle.

Chapitre III: Des mesures disciplinaires

Article 45 : Sous préjudice des poursuites judiciaires, tout adhérent dont la responsabilité aura été établie dans la commission d'un abus ou de fraude fera l'objet des mesures de suspension selon la procédure définie par le CA, conformément aux statuts. En outre, les fonds indûment perçus seront restitués.

Article 46 : Avant toute mesure de suspension ou de radiation, la procédure suivante doit être observée :

- Pour la suspension, l'adhérent concerné doit impérativement recevoir une notification des faits qui lui sont reprochés et disposer d'un délai de 7 jours pour produire et présenter des moyens de défense qu'il pourra développer devant le CA.
- Pour la radiation, outre le respect de cette formalité, la décision du CA doit être entérinée par l'AG devant laquelle l'adhérent peut fournir toute explication utile.

Article 47: Tout agent licencié ou révoqué perd la qualité d'adhérent. En cas de décès d'un agent qui n'ouvre pas le droit au bénéfice d'une pension, ses ayants-droits continuent à bénéficier des prestations de la mutuelle moyennant une cotisation de 1.000 FCFA par mois.

Article 48: La radiation d'un membre de la Mutuelle est prononcée :

- lorsque l'adhérent ou membre honoraire cesse de remplir les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission ou le maintien de l'adhésion au sein de la Mutuelle ;
- lorsque la cotisation n'est pas perçue ou n'est plus perçue par voie de précompte ou n'a pas été versée depuis au moins trois mois ;
- lorsque le membre fait l'objet d'une mesure d'exclusion ;
- lorsque le membre est définitivement frappé d'une peine afflictive et/ou infamante.

Article 49: La radiation est prononcée par le Conseil d'Administration après une procédure d'exclusion ainsi définie :

- sur la base d'un rapport circonstancié du Bureau de la cellule dont relève le membre incriminé, le Gérant notifie à ce dernier les faits qui lui sont reprochés ;
- l'intéressé dispose d'un délai de quinze (15) jours pour produire sa défense ;
- le Conseil d'administration examine les arguments de la défense et prend sa décision par délibération, en présence de l'intéressé. Si le membre incriminé ne se présente pas à la convocation du conseil, une nouvelle convocation lui est délivrée par lettre recommandée. En cas de nouvelle absence, le Conseil peut statuer.

Article 50: La radiation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

La réadmission d'un membre démissionnaire est prononcée par le Conseil d'Administration sur proposition du Gérant à qui l'intéressé doit adresser une demande écrite.

L'adhérent réadmis doit obligatoirement verser des droits d'adhésion, constituer un nouveau dossier d'adhésion et cotiser pendant six (6) mois avant de pouvoir bénéficier des prestations de la Mutuelle.

Chapitre IV : Dispositions finales

Article 51 : Le présent règlement intérieur ne peut être modifié que par délibération de l'Assemblée générale.

Il entre en vigueur après son adoption par l'Assemblée générale constitutive avec la majorité simple des membres présents.

Dosso, le 10 juin 2021

L'Assemblée générale constitutive