

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple-Un But-Une foi

REGLEMENT INTERIEUR

MUTUELLE SOCIALE NATIONALE DES ARTISANS DU SENEGAL

Art premier.- : Objet et portée du règlement

Le présent règlement intérieur a pour objet de compléter les statuts de la mutuelle sociale nationale des Artisans.

Il s'impose à tous les membres et bénéficiaires de la mutuelle sociale et à ses organes tant qu'il ne fait pas l'objet d'une modification.

TITRE I : PARAMETRES TECHNIQUES DE LA MUTUELLE SOCIALE

Art 2.- Adhésion à la mutuelle sociale

Art.2-1.- Conditions

Pour être membre adhérent de la mutuelle de sociale, il faut remplir les conditions suivantes :

- Avoir la capacité de s'engager (être majeur, jouir de toutes ses facultés mentales etc.);
- avoir libéré les droits d'adhésion ;
- Avoir fourni toutes les informations nécessaires à son adhésion (copie pièce d'identité);
- s'engager à respecter les statuts et le règlement intérieur.

Art. 2-2.- Droits d'adhésion

Les droits d'adhésion à la mutuelle sociale sont fixés à **2000 FCFA**. Ils sont payés en un seul versement au moment de l'admission du membre et sont destinés aux dépenses de fonctionnement.

Le versement des droits d'adhésion donne droit à la délivrance d'un reçu, à l'inscription au registre des bénéficiaires et à la délivrance d'une carte individuelle à chaque bénéficiaire.

La carte de membre doit comporter la photo du bénéficiaire ainsi que les informations nécessaires à son identification.

Le bénéficiaire qui perd sa carte de membre doit en aviser sans délais la mutuelle sociale et payer **2000 F CFA** pour avoir une nouvelle carte.

Section 1 : Branche santé

Art 3.-Cotisations

Art. 3-1.- Montant et modalités de cotisation

Sont bénéficiaires de la mutuelle sociale, les adhérents et leurs ayant droits. L'adhérent paie pour lui et pour chacun de ses ayants droit, une cotisation de **3500 FCFA** par année pour le paquet de base et **15 000 FCFA** pour le paquet spécifique (7 500 à la charge du maître artisan et 7 500 à la charge de l'employé ou de l'apprenant). Cette cotisation est annuelle et payable trimestriellement ou semestriellement.

Les modalités de paiement et de recouvrement sont définies dans une note technique élaborée et soumise pour approbation à l'Assemblée générale

Tout adhérent à jour peut, s'il le désire, verser des cotisations par anticipation.

Dans tous les cas la prise en charge doit couvrir une période de référence de douze (12) mois.

Art. 3-2.- Sanctions en cas de non versement des cotisations

Le bénéficiaire qui ne verse pas sa cotisation dans le délai indiqué ne peut plus bénéficier des prestations de la mutuelle. La suspension est levée après la régularisation.

Lorsque le retard de paiement atteint un (1) an, le bénéficiaire peut être radié. Pour bénéficier à nouveau des prestations de la mutuelle sociale, il devra renouveler ses droits d'adhésion, verser les cotisations de l'année en cours et observer une nouvelle période d'observation.

Art. 4- Durée de la période d'observation.

Tout nouveau bénéficiaire de la mutuelle sociale doit observer une période d'observation (période d'attente) pendant laquelle, il paie régulièrement ses cotisations sans bénéficier des prestations de la mutuelle sociale.

La durée de la période d'observation est **d'un (1) mois**.

La délivrance du livret de membre aux nouveaux adhérents doit intervenir au plus tard à la date d'expiration de la période d'observation.

Art 5.- Prestations offertes par la mutuelle sociale

Dans les structures de santé ayant signé une convention avec elle, la mutuelle sociale offre à ses bénéficiaires qui ont remplis les conditions fixées à l'article 6 du présent règlement intérieur, le paquet de prestations défini dans le cadre du RSPC et de la politique de couverture Maladie Universelle.

Art. 5-1.-Au niveau des Postes et Centres de Santé (Paquet de base) :

Paquets de Bénéfices de Base (Postes et Centres de Santé)	
Prestations prises en charge par la mutuelle de santé	Taux de prise en charge par la mutuelle de santé
Soins ambulatoires	
• Consultation curative générale	80%
• Consultation dentaire	80%
• Pansement, piqûres, transfusions	80%
• Vaccinations	100%
• Petite chirurgie ambulatoire	80%
• Soins dentaires	80%
• Echographie	80%
• Analyses médicales/Laboratoire	80%
• Médicaments de spécialité ou de marque	50%
• Médicaments génériques	80%
Transport	
• Ambulance	80%
Hospitalisation	

• Forfait de séjour	80%
• Echographie	80%
• Analyses médicales/Laboratoire	80%
• Médicaments de spécialité ou de marque	50%
• Médicaments génériques	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 ou de marque	50%
• Médicaments génériques	80%
Exclusions :	
<ul style="list-style-type: none"> • Antirétroviraux • Lunettes de vue • Lentilles de contact • Prothèses (dentaires inclus) • Orthèses • Soins hors du Sénégal 	

Le paquet de base est directement géré par la mutuelle sociale avec une possibilité de délégation au mutuelle de santé communautaires

Art. 5-2.- Au niveau des Hôpitaux (Paquet Complémentaire)

Paquet de Bénéfices Complémentaire (Hôpitaux) - Référence Obligatoire pour bénéficiaire de la couverture

Prestations prises en charge par la mutuelle de santé	Taux de prise en charge par la mutuelle de santé
Soins ambulatoires	
• Consultation curative générale	80%
• Consultation dentaire	80%
• Consultation ophtalmologie	80%
• Consultation autres spécialités	80%
• Pansement, piqûres, transfusions	80%
• Petite chirurgie ambulatoire	80%
• Soins dentaires	80%
• Radiographie/Scanner/Echographie	80%
• Analyses médicales/Laboratoire	80%
• Médicaments de spécialité ou de marque	50%
• Médicaments génériques	80%
Transport	
• Ambulance	80%
Hospitalisation	
• Forfait de séjour	80%
• Radiographie/Scanner/Echographie	80%
• Analyses médicales/Laboratoire	80%
• Médicaments de spécialité ou de marque	50%
• Médicaments génériques	80%
• Consommables médicaux	80%
• Chirurgie	80%
Maternité	
• Consultation gynécologie	80%
• Accouchement avec complications	80%
• Césarienne	100%
• Hospitalisation	80%
• Radiographie/Scanner/Echographie	80%
• Analyses médicales/Laboratoire	80%
• Médicaments de spécialité ou de marque	50%
• Médicaments génériques	80%
Exclusions :	
• Antirétroviraux	
• Lunettes de vue	
• Lentilles de contact	
• Prothèses (dentaires inclus)	
• Orthèses	
• Soins hors du Sénégal	

Le paquet complémentaire est géré par l'Union Départementale des Mutuelles de santé Communautaires.

Art. 5-3.- Au niveau des..... (Paquet spécifique)

Paquet spécifique

Prestations prises en charge par la mutuelle sociale	Taux de prise en charge par la mutuelle sociale
• Hospitalisations au-delà de 7 jours	80%
• Références aux structures privées	80%
• Implants	80%
• Prothèses	80%
• Orthèses	80%
• Rééducation fonctionnelle	80%
• Portabilité géographique	80%
• Lunettes	50.000 F CFA tous les 2 ans

Le paquet spécifique est géré par la Mutuelle sociale.

La liste des prestations couvertes doit être affichée de manière permanente au siège de la mutuelle sociale.

Art. 5-3.- Les services non couverts par la mutuelle sociale

Sont exclues des prestations couvertes par la mutuelle sociale : les antirétroviraux, les lentilles de contact, les prothèses (dentaires inclus), les orthèses, les soins hors du Sénégal.

Sont également exclus les médicaments et produits suivants :

1. La parfumerie et les produits de beauté ;
2. les produits alimentaires et produits de régime ou de remplacement, les fortifiants sauf ordonnance, les vins, les eaux minérales, les alcools ;
3. les objets à usage médical, notamment thermomètre, vessie, bac et poire à lavement, bassin, inhalateur, irrigateur, sonde, savon, ventouse,
4. les divers articles de la pharmacie notamment bandes, compresses, gaze, coton, aspirine, mercurochrome, eau oxygénée, teinture d'iode, sparadrap ;
5. les médicaments ou produits n'ayant pas un caractère thérapeutique mais préventif ;
6. les opérations n'ayant qu'un but esthétique ou de rajeunissement ;
7. sauf pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans au maximum, les opérations ayant pour but de remédier à une infirmité ou malformation congénitale.

Les prestations couvertes et services exclus par la mutuelle sociale doivent figurer dans toutes les conventions signées avec les prestataires.

Art. 6- Modalités d'accès aux prestations

Art.6-1.- Pour l'accès au paquet de base

Pour bénéficier des prestations du paquet de base, le bénéficiaire doit satisfaire les conditions suivantes :

1. Se rendre dans une structure ayant signé une convention avec la mutuelle ;
2. Avoir fini la période d'observation ;

3. Etre à jour de ses cotisations ;
4. Ne pas être sous le coup d'une décision d'exclusion ou de radiation.

Art.6-2.- Pour l'accès au paquet complémentaire

Pour bénéficier des prestations du paquet complémentaire, le bénéficiaire doit satisfaire les conditions suivantes :

1. Se rendre dans un Etablissement Public de Santé ayant signé une convention avec une Union Départementale des Mutuelles de Santé Communautaires de muni d'une carte de membre en cours de validité d'une lettre de garantie délivrée par l'Union ;
2. Avoir fini la période d'observation ;
3. Etre à jour de ses cotisations dans sa mutuelle de santé;
4. Ne pas être sous le coup d'une décision d'exclusion ou de radiation ;
5. être obligatoirement référencé par une structure de santé ayant conclu une convention avec sa mutuelle de santé (détenir un bulletin de référence).

Art. 6-3.- Pour les médicaments fournis au niveau des officines de pharmacie privée

La mutuelle sociale signe des conventions de prestations de soins avec des officines de pharmacie privée pour la délivrance des médicaments de spécialité.

Pour bénéficier d'une prise en charge des médicaments de spécialité prescrits par un poste de santé, d'un centre de santé ou d'un hôpital, la personne doit respecter les conditions suivantes :

- Se rendre dans une pharmacie ayant signé une convention avec la mutuelle sociale ;
- Etre muni d'un bon de commande de médicaments régulièrement établi par la mutuelle sociale ;
- Présenter avec sa carte de membre.

Il doit payer le ticket modérateur directement au niveau de la pharmacie privée conventionnée.

Art 7.- Ticket modérateur

Au niveau des prestataires de soins et des pharmacies, le bénéficiaire doit directement s'acquitter d'un ticket modérateur correspondant à la part des prestations non prises en charge par la mutuelle de santé (voir paquet de prestations).

Le calcul du ticket modérateur est fait par le prestataire et par type de prestations.

Les ententes entre bénéficiaires et prestataires sur les modalités de paiement du ticket modérateur ne lient pas la mutuelle de santé.

Art .8.- Signature de convention avec les prestataires de soins et pharmaciens.

La mutuelle sociale signe des conventions avec les structures de santé publiques ou privées et les pharmacies d'officine privée pour la réalisation de ses missions.

Ces conventions sont signées par le président du Conseil d'Administration de la mutuelle et approuvées à la prochaine réunion du CA. Le Secrétaire général de la mutuelle sociale doit en détenir un exemplaire.

Section 2 : Autres branches

La Mutuelle Sociale pourra couvrir d'autres branches dont les paramètres techniques seront définis par l'AG.

Art. 9.- Participation à des structures faitières

L'affiliation à des structures faïtières est autorisée par l'AG dans les conditions prévues par la législation régissant les mutuelles sociales. Les personnes représentant la mutuelle sociale dans les instances d'une structure faïtière cessent leurs fonctions lorsqu'ils ne sont plus membres du Conseil d'Administration de la mutuelle sociale. Le Conseil d'Administration désigne sans délai leurs remplaçants.

TITRE II : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE SOCIALE

Art 10.-Assemblées Générales de la mutuelle sociale

10-1.- Les Sections régionale de la mutuelle sociale

La mutuelle sociale comporte les 14 sections régionales. La création d'une nouvelle section est décidée par l'Assemblée Générale de la mutuelle de santé.

Les adhérents sont inscrits dans une des sections de la mutuelle sociale au moment de leur affiliation. Aucun adhérent ne peut changer de section en cours d'exercice.

10-2.- Désignation des délégués des sections par les Assemblées régionales

Les délégués représentant chaque section sont élus pour un mandat de trois (3) ans renouvelable une seule fois, au cours d'une Assemblée Sectorielle, par les adhérents ayant libéré l'intégralité de leurs droits d'adhésions. Seuls les adhérents ont le droit de voter et d'être élus comme délégués de la section.

Avant chaque Assemblée Générale de renouvellement des instances de la mutuelle sociale, toutes les sections doivent tenir leur Assemblée régionale pour réélire leurs délégués. Les Assemblées régionales peuvent se réunir à la demande des organes de la mutuelle sociale ou de la moitié des délégués. Elles peuvent adopter les propositions faites à l'attention d'une ou de plusieurs instances de la mutuelle sociale (AG, CA, CC)

Pour décider valablement l'Assemblée régionale doit réunir **un quorum égal à un quart (1/4) des adhérents de la région**. Ses décisions sont prises par consensus, à défaut par vote à la majorité simple.

Le total des délégués des sections régionales de la mutuelle sociale est entre 100 et 200

La répartition de ce nombre de délégués entre les sections se fait comme suit :

1. 10 par région (sauf Dakar)
2. 25 pour la région de Dakar

Le corps électoral à l'Assemblée Générale ordinaire est composé des délégués des sections élus par les Assemblées Sectorielles.

Les autorités locales, les services déconcentrés, les partenaires techniques et financiers, les ONG, peuvent assister à l'Assemblée Générale mais n'ont pas la qualité d'électeur et ne sont pas éligibles aux organes de la mutuelle de santé.

10-2.- Organisation matérielle de l'Assemblée Générale de la mutuelle sociale

Le Secrétaire général est responsable de l'organisation matérielle des réunions de l'AG dans le respect de l'ordre du Jour fixé par le Conseil d'Administration. A cet effet il est chargé de l'envoi des convocations aux délégués des sections et de l'information de l'autorité de tutelle.

Lors des AG, les opérations de vote doivent être supervisées par un représentant de l'autorité de tutelle ou des organisations faïtières.

Le vote s'effectue par consensus, à main levée ou par bulletin secret. Le vote par procuration est autorisé en cas d'empêchement. La procuration doit être écrite, signée et légalisée au niveau d'un Officier de Police Judiciaire.

Art 11.- Le nombre des administrateurs et la durée de leur mandat

Le Conseil d'Administration est composé de 31 Membres élus par l'assemblée générale pour un mandat de trois (3) ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Le Conseil d'Administration peut prononcer la déchéance de mandat contre des administrateurs qui s'absentent sans justification pendant trois réunions consécutives du CA.

Art 12.- Unité de gestion

Art.13.- Comité de Contrôle

Dans le cadre du suivi de l'exécution des décisions prises par l'Assemblée générale, de proposer des améliorations et de garantir le fonctionnement efficient des divers organes de la mutuelle, un comité de contrôle est élu par l'assemblée générale. Le comité de contrôle est composé de :

- un Président du Comité ;
- quatre membres.

Le comité peut s'adjoindre toute personne dont la compétence est jugée utile à l'exercice de ses missions.

- un dispositif concerté de suivi et évaluation qui garantit la viabilité économique et sociale de la mutuelle (Ministère du Travail, ACMU, Direction de l'Artisanat) peut, au besoin, faire des missions de contrôle et de vérification des comptes de la mutuelle sociale.

TITRE III : DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 14.- Accès des membres aux documents et registres

Tout adhérent en règle peut consulter au siège de la mutuelle sociale les documents administratifs et financiers à l'exception de ceux contenant des informations personnelles des adhérents ou des bénéficiaires.

Art. 15.- Gestion des fonds de la mutuelle sociale

La gestion des fonds est confiée à l'Unité de gestion sur délégation du CA.

Les dispositions relatives à la gestion des ressources sont définies dans le manuel de procédures administratives, financières et comptables.

L'équipe technique est responsable de la gestion technique, administrative et financière de la mutuelle sociale sur mandat de l'assemblée générale et est contrôlé par le comité de contrôle.

Au nom de la mutuelle sociale, le CA doit ouvrir obligatoirement ouvrir un compte dans une institution bancaire. Les retraits de fonds à la banque s'opèrent avec au moins les signatures du président ou du trésorier général.

Toute dépense de la mutuelle doit faire l'objet de pièce justificative.

Art. 16.- Création et gestion d'activité génératrice de revenu.

Seule l'Assemblée Générale peut autoriser la création des activités génératrices de revenu et déterminer leur mode de financement. La gestion de telles activités doit séparer de l'activité principale d'assurance maladie.

Les activités génératrices de revenus ne peuvent pas être financées par le produit des cotisations et doivent être menées dans le respect de la réglementation applicable à leur création et à leur gestion. Les ressources tirées de ces activités doivent être exclusivement destinées à l'objet social de la mutuelle sociale et ne peuvent être partagées entre ses dirigeants.

Art. 17.- Modification du règlement intérieur

Le Conseil d'Administration peut proposer des modifications du règlement intérieur des modifications qui s'appliquent après leur ratification par Assemblée générale.

Art. 18.- Entrée en vigueur du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur entre en vigueur dès son adoption. Il s'impose à tous les organes de la mutuelle sociale et à ses membres.

Adopté le date..... lieu

**Par l'Assemblée Générale de la mutuelle
sociale nationale des Artisans**