

# DOCUMENT DE CAPITALISATION SUR LE LANCEMENT DES MUTUELLES DE SANTÉ AU SEIN DES ASSOCIATIONS VAHATRA ET MAMPITA

Ce document retrace toutes les étapes, les choix et les outils utilisés pour la mise en place de systèmes de micro assurance santé au sein des programmes intégrés Vahatra (Antsirabe) et Mampita (Mahajanga). Ces lancements ont pu se faire grâce à l'appui technique de la mutuelle de santé AFAFI présente à Antananarivo depuis 2007.

Janvier 2014

*Guide de mise en place de systèmes de micro assurance santé pour les Institutions de Microfinance à Madagascar*

## Table des matières

Table des matières .....	1
Terminologie .....	3
Introduction.....	4
Exemple de chronogramme pour la mise en place d'un service de micro assurance santé au sein d'une IMF à Madagascar .....	5
1. Etude de faisabilité .....	6
1.1. Etude pré-opérationnelle .....	6
1.2. Etude de faisabilité .....	6
1.2.1. Etude de la demande de soins et de couverture santé.....	7
1.2.2. Etude de l'offre de soins.....	8
1.2.3. Etude de la motivation de l'IMF .....	9
1.3. Planification de la mise en place de la mutuelle .....	10
2. Ressources humaines et formation générale.....	10
2.1. Responsable de la mutuelle de santé.....	10
2.2. Médecin référent de la mutuelle .....	11
2.3. Formation générale de départ .....	12
3. Identification des bénéficiaires .....	13
4. Définition des services et du produit .....	13
4.1. Définition des services.....	14
4.2. Définition du couple prestations/cotisations.....	14
4.3. Calcul de la cotisation.....	17
4.4. Calcul du fonds d'amorçage .....	18
5. Conventonnement avec les structures sanitaires .....	18
6. Définition des procédures .....	19
7. Elaboration des outils de gestion et de communication.....	20
7.1. Outils de gestion.....	20
7.2. Outils de communication .....	21
8. Démarrage.....	21
8.1. Pré-lancement (une semaine avant le démarrage).....	21
8.2. Démarrage.....	22
9. Suivi- évaluation .....	22
9.1. Outils de suivi .....	22
9.2. Evaluation à 6 mois.....	23

Annexe 1 : Chronogramme et échantillonnage pour l'étude de faisabilité de Mampita .....	24
Annexe 2: Questionnaire ménages pour l'étude de faisabilité à Mampita .....	26
Annexe 3: Extrait d'actuariat du CHU d'Androva (Mahajanga).....	32
Annexe 4: Fiche de poste de la responsable de la mutuelle de santé Mampita.....	34
Annexe 5 : Exemple du chronogramme pour la mise en place de la mutuelle à Mampita .....	37
Annexe 6: Outil d'aide à la décision et de récapitulation des choix opérés sur les modalités de la mutuelle .....	39
Annexe 7 : Extrait du contrat de prestation avec le médecin référent de la mutuelle de Mampita .....	40
Annexe 8: Plan de la formation générale de l'ensemble de l'équipe .....	41
Annexe 9: Outils de simulation et prévisionnel de la mutuelle Mampita.....	44
Annexe 10 : Calcul du fonds d'amorçage .....	45
Annexe 11: Synthèse processus opérationnel de l'adhésion.....	46
Annexe 12: Fiche technique de la MSV sur le rôle et attributions des salariés .....	48
Annexe 13: Rôle et attributions des salariés pour la MSM .....	50
Le chef d'agence.....	50
La responsable de la mutuelle.....	50
Le conseiller animateur .....	51
L'animatrice sociale .....	51
L'accompagnateur économique .....	51
Le gardien coursier .....	51
Annexe 14: Fiche d'adhésion de la MSV .....	52
Annexe 15 : Cartes conseil utilisées lors des différentes séances de promotion .....	53
Annexe 16 : reporting mensuel des activités de la mutuelle de Mampita .....	56
Annexe 17: questionnaire adhérent (évaluation phase pilote) : satisfaction et compréhension du service.....	58
Annexe 18: Grille d'évaluation des procédures et modalités de la mutuelle .....	60

## Terminologie

AF : Accompagnement Familial

AFAFI : **A**ro ho an'ny **F**ahasalaman'ny **F**ianakaviana (Protégeons la santé des familles)

AS : Animatrice sociale

CDAG : Chef d'Agence

CHD I : Centre Hospitalier de District de niveau 1

CSB : Centre de Santé de Base

FDS : Fonds De Solidarité

Fkt : Fokotntany

IMF : Institution de Micro Finance

LG : Lettre de Garantie

LPF : Loan Performer (logiciel de micro-crédit)

MC : Micro Crédit

MSM : Mutuelle de Santé Mampita

MSV : Mutuelle de Santé Vahatra

PEC : Prise En Charge

PP : Premiers Prêts

PS : Prêts Successifs

RH : Ressources Humaines

RM : Responsable de la Mutuelle

RP: Responsable de programme

VAD/VAV : Visite à domicile/visite sur lieu de vente

## Introduction

Le présent document a pour objectif de retracer les étapes, les choix effectués et les outils élaborés dans l'instauration d'un service de micro assurance santé au sein de programmes intégrés de développement économique et social développés par Inter Aide à Madagascar.

Ce travail a permis de mettre en lumière certaines activités qui, dans la mise en place de nouvelles mutuelles, devront être renforcées ou clarifiées.

Ainsi, ce document pourra servir de guide dans le lancement de mutuelles à Madagascar.

### Contexte

Inter Aide a démarré son activité de mutuelle de santé en 2007 à Antananarivo par le programme AFAFI, devenu aujourd'hui association de droit malgache. AFAFI s'est associé au programme CEfor (Crédit Epargne Formation professionnelle), également initié par InterAide, pour couvrir les dépenses de santé des emprunteurs.

AFAFI est une mutuelle de santé à part entière, contrairement aux associations ci-dessous qui ont développé un service de micro- assurance santé, intégré aux activités déjà existantes.

- **Vahatra** : présente depuis Octobre 2002 à Antsirabe, cette ONG intervient dans trois grands volets d'activités : accompagnement social des familles, microcrédit et épargne, formation et insertion professionnelle.
- **MAMPITA** : présente à Mahajanga depuis 2008, cette association intervient dans trois grands volets d'activité : accompagnement social des familles, microcrédit et épargne, accompagnement économique.

Le projet d'instaurer un service de micro assurance santé dans ces deux associations est issu de plusieurs constats :

- les soins de santé sont chers et la majorité des partenaires n'ont pas les moyens financiers nécessaires pour accéder dans de bonnes conditions aux services de santé existants ;
- lors d'un événement de santé grave, la famille s'appauvrit, détourne l'utilisation de son crédit, ou ne traite pas le malade par manque d'argent.

Grâce à l'appui technique d'AFAFI, Vahatra a pu démarrer ce service en octobre 2012 et MAMPITA en décembre 2013.

Cette mise en place, objet de ce document, peut être effectuée en six mois, si toutes les activités sont menées consécutivement.

**Exemple de chronogramme pour la mise en place d'un service de micro assurance santé  
au sein d'une IMF à Madagascar**

Etapas		Mois											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Etude pré-opérationnelle												
2	Etude de faisabilité												
3	Identification Responsable Mutuelle (RM)												
4	Visite RM, équipe cadres, sur les autres mutuelles												
5	Identification médecin prestataire												
6	Formation générale de l'équipe												
8	Définition du public cible												
9	Définition des services et du produit												
10	Convention avec les structures sanitaires												
11	Définition des procédures												
12	Elaboration des outils de gestion et de communication												
13	<b>Démarrage</b>												
14	Suivi et formation de la RM au suivi												
15	Evaluation à 6 mois												

# 1. Etude de faisabilité

## 1.1. Etude pré-opérationnelle

### OBJECTIF:

- Via une première réunion avec l'IMF, s'assurer des conditions préalables suivantes :
  - ✓ Volume de bénéficiaires potentiels suffisant (>= 500 personnes ?)
  - ✓ Offre de soins de qualité
  - ✓ Existence d'un besoin de protection financière en cas de maladie
- Planifier l'étude de faisabilité et établir la convention entre la structure d'appui technique et l'IMF

TEMPS NECESSAIRE : 1 à 2 jours

### ETAPES:

- 1) Discuter avec l'équipe de direction (directeur, coordinateurs des différents volets) pour s'assurer des conditions préalables. Si celles sont favorables, alors :
- 2) Planifier l'étude de faisabilité c'est-à-dire établir un chronogramme intégrant les tâches de chaque acteur participant à l'étude, le volume horaire pour chaque activité et les moyens nécessaires  
Ce chronogramme intègre de façon plus générale, pour donner un aperçu, les activités liées à la mise en place de la mutuelle (cf. [annexe 1](#)).
- 3) Programmer les temps de discussion et de restitution
- 4) Etablir la liste des bilans à partager avec le reste de l'équipe d'assistance technique (pendant étude, après étude, après analyse, après décisions RH, avant et après formation équipe...)
- 5) Commencer à réfléchir à l'identification d'un responsable de la mutuelle (possibilité de promotion interne ou faut-il recruter ?) et indiquer les compétences nécessaires pour ce poste.
- 6) Etablir une convention entre la structure d'appui technique et la structure accueillante pour clarifier le rôle et objectifs de l'équipe d'appui technique

### DOCUMENTS PRODUITS :

- Rapport de l'étude pré-opérationnelle (qui inclut le chronogramme et l'ébauche de la méthodologie pour l'étude de faisabilité)
- Convention pour l'assistance technique



Avant le démarrage de l'étude de faisabilité, un ordre de mission doit être établi afin de clarifier la position de l'assistant technique junior, son temps de présence, ses responsabilités et celles du responsable l'accueillant.

## 1.2. Etude de faisabilité

### OBJECTIFS :

- statuer sur la pertinence et la possibilité de mettre en place d'un service de micro assurance santé au sein de l'IMF

- collecter des informations pour la définition du produit<sup>1</sup>

**ETAPES :**

- 1) Trois grands axes à étudier de façon simultanée :
  - ✓ L'offre de soins
  - ✓ La demande sanitaire
  - ✓ La motivation de l'équipe et sa capacité à gérer ce nouveau service
- 2) Rédaction du rapport final
- 3) Planification de la mise en place de la mutuelle et de l'assistance technique

**TEMPS NECESSAIRE :** 1,5 mois

**MOYENS HUMAINS NECESSAIRES :** un coordinateur de l'enquête, le médecin d'AFAFI, plusieurs enquêteurs, un ou deux agents de saisie

**DOCUMENTS PRODUITS:**

- Rapport final d'étude de faisabilité
- Chronogramme de la mise en place de la mutuelle

### 1.2.1. Etude de la demande de soins et de couverture santé

**OBJECTIF :** Connaître les besoins et les comportements en santé de la population cible afin de commencer à définir le produit.

L'étude de la demande de soins consiste à définir précisément :

- ✓ la demande d'accès aux soins
- ✓ le parcours de soins suivi
- ✓ l'intérêt pour un système de prévoyance
- ✓ la capacité et la volonté à payer

Pour cela une enquête ménage sur l'accès aux soins est réalisée.

**ETAPES :**

- 1) Phase préparatoire : Définition de la méthodologie, du questionnaire (cf. [annexe 2](#)) et du chronogramme
- 2) Réalisation : Formation des enquêteurs et enquête
- 3) Saisie et analyse des données → premières conclusions
- 4) Rédaction du rapport d'enquête

**OUTIL :** logiciel Sphinx

**DOCUMENT PRODUIT:** Rapport de l'enquête auprès des partenaires

**EXPERIENCE :**

**1) Préparation**

---

<sup>1</sup> Le produit d'assurance correspond aux garanties offertes aux adhérents ainsi que les modalités liées à l'octroi de ces garanties

L'échantillon est fixé à 10% de la population totale, tiré au sort, et tient compte de la répartition par type de bénéficiaires (emprunteurs, familles en accompagnement social, partenaires en accompagnement économique, etc.) et de la répartition géographique.

Le questionnaire est conçu sur Sphinx.

Le chronogramme dépend des moyens humains mis à disposition et de la taille de l'échantillon, on peut estimer qu'il faut environ 3 semaines depuis la phase préparatoire jusqu'au rapport.

Il faut compter 8 enquêtes par jour et par enquêteurs, et pour la saisie environ 8 questionnaires par heure.

## 2) Réalisation

Les enquêtes se font à domicile, ou sur le lieu d'activité des partenaires. Les salariés de l'IMF doivent donc participer aux enquêtes.

Si les enquêteurs ne sont pas d'AFAFI ils doivent être formés sur les principes et mécanismes de base de la mutuelle (1/2 journée)

Tous les enquêteurs doivent être formés sur le questionnaire et les techniques d'enquête (comment obtenir des informations fiables). Jeu de rôle pour pratiquer le questionnaire en malgache (1/2 journée)

**Conseil :** L'enquête par binôme permet souvent d'obtenir davantage ou de meilleures réponses car l'un des enquêteurs mène l'entretien et l'autre note les réponses dans le questionnaire pas nécessairement dans l'ordre établi<sup>1</sup>. La personne enquêtée se sent plus à l'aise et peut se confier plus facilement.

**Risque d'échec :** une implication trop faible des salariés de l'IMF dans les entretiens n'est pas un bon début pour l'appropriation du projet.

## 3) Saisie et analyse des données

Utiliser le logiciel sphinx qui permet de dégager des résultats rapidement.

L'analyse doit pouvoir donner des éléments de définition du produit notamment :

- ✓ le besoin prioritaire en termes de couverture santé (l'hospitalisation par exemple)
- ✓ La capacité à payer

**Conseil :** Dégager dans le rapport, les grands axes de réponses (intérêt, besoin, priorités, capacité de paiement)

**Risque d'échec:** Se perdre dans les détails de l'analyse et la rendre ainsi peu utile.

### 1.2.2. Etude de l'offre de soins

**OBJECTIFS :** identifier les structures de soins de qualité acceptable et obtenir pour chacune d'entre elles les tarifs des différentes prestations (actuariat)

#### ETAPES:

- 1) Repérage par l'IMF des structures de soins existantes sur sa zone d'intervention, si possible avec celles fréquentées par les bénéficiaires.

---

<sup>1</sup> Il arrive que lorsqu'on pose une question, la personne enquêtée se mette à raconter une histoire dans laquelle des informations correspondant à d'autres questions soient apportées.

- 2) Envoi de la liste des structures sanitaires au médecin chargé de l'étude de l'offre de soins ;
- 3) Le médecin chargé de cette étude prend les rendez-vous les autorités sanitaires concernées (Direction Régionale de la Santé, Service de District de Santé Publique) pour les autorisations et ensuite avec les médecins chefs des structures identifiées ;
- 4) Visite des structures pour obtenir les actuariats (pour un hôpital universitaire cela suppose de rencontrer tous les majors de services) ;

**DOCUMENT PRODUIT :** Rapport sur les structures sanitaires avec actuariat (cf. [annexe 3](#))

**EXPERIENCE :** Pour l'étude de faisabilité de Vahatra, toutes les structures sanitaires ont été enquêtées : CSB, cabinets privés, hôpitaux, cliniques, pharmacies et dépôts de médicaments, car le produit n'était pas du tout défini.

Pour l'étude de faisabilité de Mampita, seuls les établissements hospitaliers ont été enquêtés, car il était déjà prévu que ce serait un produit hospitalisation, au vue de l'étude pré-opérationnelle et de l'expérience de Vahatra.

### 1.2.3. Etude de la motivation de l'IMF

**OBJECTIFS :**

- Recueillir des informations générales sur la structure (RH, budget....)
- Cerner sa volonté et capacité d'implication pour intégrer un service de micro assurance santé pour ses familles partenaires.
- Connaître les attentes et les contraintes de l'IMF

**ETAPES:**

- 1) Lecture de la bibliographie
- 2) Entretien avec le directeur pour mieux comprendre la structure, ce qui motive sa demande, connaître son opinion sur la capacité à gérer ce nouveau service par son équipe et sur son intégration dans la structure.
- 3) Se renseigner sur l'avancée dans l'identification d'un responsable de mutuelle et donner si besoin un exemple de fiche de poste de responsable de mutuelle (cf. [annexe 4](#))
- 4) Entretiens individuels et/ou focus group avec les cadres pour déterminer leur motivation et connaître leur vision sur l'intégration de ce nouveau service.

**OUTILS :** rapports d'activité, guide d'entretien semi-directif

**EXPERIENCE :**

C'est surtout l'entretien avec le directeur ou l'équipe de direction qui permet de statuer sur la capacité de l'équipe à gérer ce service et de donner une première échéance pour le démarrage du processus de mise en place.

Les entretiens avec les cadres permettent de déterminer leur motivation.

Il est également intéressant d'avoir la vision de chacun sur l'intégration et la place de ce service dans la structure.

**DOCUMENT PRODUIT :** rapport sur la motivation de l'IMF inclus dans le rapport sur l'étude de faisabilité

## 1.3. Planification de la mise en place de la mutuelle

### OBJECTIFS:

- Statuer sur la mise en place de la mutuelle
- Elaborer le chronogramme de la mise en place de la mutuelle

### ETAPES :

- 1) Organiser une réunion pour statuer sur la mise en place ou non de la mutuelle
- 2) Définir les moments 'critiques' pour certaines décisions (RH, produits, etc.) afin de programmer suffisamment de temps pour la réflexion et l'échange
- 3) Planifier les visites nécessaires du reste de l'assistance technique sur le terrain et les visites de l'association auprès des autres mutuelles
- 4) Compléter le chronogramme depuis la restitution des résultats jusqu'au démarrage du service (premières adhésions) en mettant en exergue les moments critiques de décisions

DOCUMENT PRODUIT : Chronogramme détaillé de mise en place de la mutuelle (cf. [annexe 5](#))

**Pour toutes les étapes où des choix sont à effectuer (identification du RM, du médecin référent, des bénéficiaires, la définition des services, du produit, des procédures) et qui font l'objet de séances de discussions, il est nécessaire de retranscrire cette réflexion et les choix opérés dans un document (cf. [annexe 6](#))**

## 2. Ressources humaines et formation générale

### OBJECTIFS :

- Identifier le(s) responsable(s) de l'activité mutuelle
- Identifier le médecin référent de la mutuelle
- Former l'ensemble de l'équipe sur la mutuelle

### 2.1. Responsable de la mutuelle de santé

#### OBJECTIFS :

- Identifier le ou les personnes qui seront responsables de la mutuelle de santé
- Définir le(s) rôles assumés par le(s) responsables de la mutuelle

#### ETAPES:

- 1) L'identification est faite par le directeur ou l'équipe de direction, le plus tôt est le mieux (à y réfléchir dès l'étude pré-opérationnelle).
- 2) Une fois que le(s) responsables sont identifiés, une visite sur les mutuelles déjà existantes doit être organisée, avec le directeur ou l'équipe de direction si possible. Cette visite permet de bien comprendre le(s) rôle(s) du ou des responsables de la mutuelle.
- 3) Définir les rôles et attributions du ou des responsable(s) de la mutuelle
- 4) Rédiger la fiche de poste du responsable qui sera à temps plein sur la mutuelle et modifier la fiche de poste des autres responsables en intégrant leurs activités liées à la mutuelle.

En fonction de l'importance de l'IMF, les rôles et attributions du responsable peuvent être partagés, on a ainsi deux responsables, distingués hiérarchiquement, comme à Vahatra :

- ✓ responsable opérationnelle
- ✓ responsable du suivi (administratif, financier, des partenariats) et de l'orientation stratégique de la mutuelle

Cela s'explique aussi par le fait qu'à Vahatra, la mutuelle est une activité intégrée dans le volet social (au même titre que l'accompagnement familial), la directrice adjointe en charge du volet social est responsable du suivi du volet et donc de la mutuelle.

A Mampita, la mutuelle n'a pas été intégrée au volet social mais fonctionne plutôt comme un quatrième volet, sans pour autant qu'il y ait une équipe spécifique de la mutuelle. Il y a donc qu'une seule responsable, en charge du suivi opérationnel, administratif et financier.

Facteurs de réussite	Risques d'échec
La promotion interne est une solution adéquate car le futur responsable de la mutuelle connaît déjà bien la structure, certains aspects des procédures (selon le poste qu'il occupait avant).	Méconnaissance des activités propres au(x) responsable(s) de la mutuelle
Capacités du (des) responsables de réaliser le suivi administratif et financier, de savoir bien communiquer et former les équipes terrain et d'être force de proposition pour améliorer les procédures.	Surestimer les capacités du ou des responsable(s). Le suivi de la mutuelle nécessite une maîtrise des concepts financiers, de l'outil informatique, il faut donc que le responsable ait un minimum de connaissances/pratique dans ces domaines.
L'identification le plus tôt possible pour organiser des visites des futur(s) responsable(s) sur les mutuelles déjà existantes	



Ne pas commencer la phase de démarrage (formation générale de l'équipe, point 2.3) avant une visite des responsables sur les mutuelles déjà existantes.

## 2.2. Médecin référent de la mutuelle

### OBJECTIF :

- Trouver un médecin travaillant en tant que prestataire de l'IMF
- Définir le rôle et tâches du futur médecin référent

Si l'IMF ne connaît aucun médecin qui pourrait exercer cette activité, plusieurs solutions :

- 1) Contacter le médecin d'AFABI pour savoir si elle connaît des médecins sur la zone d'intervention
- 2) Contacter le président de l'ordre des médecins de la région pour avoir une liste des médecins
- 3) Passer des annonces (radio, journaux)

- 4) La définition du rôle du médecin dépend du temps de travail du médecin identifié. La tâche primordiale est la validation des sinistres et le suivi médical des adhérents.
- 5) Anticiper le développement de la mutuelle, en termes de volume horaire pour le médecin mais aussi en termes de rôle du médecin qui pourrait s'étoffer : suivi et construction de partenariats avec les structures sanitaires.

**DOCUMENT PRODUIT :** Fiche de poste du médecin référent de la mutuelle (cf. [annexe 7](#))

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Commencer à chercher le plus tôt possible	Contracter avec un médecin au mandat peu sensible aux populations vulnérables
Définir la fiche de poste du médecin prestataire avec le temps de travail et la rémunération	Le suivi médical ne doit pas être négligé au titre de « on ne peut pas contredire un confrère ». Il faut que le médecin d'AFAFI explique bien qu'est-ce que le suivi médical et comment on le fait (défendre les intérêts des adhérents)
Former le médecin aux tâches propres à la mutuelle via le médecin d'AFAFI	



En contexte urbain, il n'est pas trop difficile de trouver un médecin pour la validation des sinistres, surtout sur la première année car cela représente à peine ½ jour par semaine de travail. Mais il faut réfléchir à long terme sur le rôle du médecin référent de la mutuelle et chercher de nouvelles pistes si celui avec lequel l'IMF a contracté n'a pas l'intention d'élargir son mandat ou accroître son volume horaire.

### 2.3. Formation générale de départ

**OBJECTIF :** Former toute l'équipe à la mutuelle pour les impliquer dès le départ dans cette nouvelle activité

**ETAPES :**

- 1) Planifier la formation environ 3 mois avant le démarrage de la mutuelle
- 2) Définir les principaux thèmes à aborder et réaliser le plan de formation avec l'appui technique d'AFAFI (coordinatrice des IMF)
- 3) Soumettre ce plan de formation à l'équipe cadre pour modifications ou ajouts
- 4) Valider le plan de formation
- 5) Effectuer la formation

**TEMPS NECESSAIRE MINIMUM :** une demi-journée pour un groupe de 15-20 personnes maximum

**DOCUMENT PRODUIT :** plan de formation (cf. [annexe 7](#))

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Participation et implication de toute l'équipe (travaux de groupe, jeux)	Aborder des points théoriques issus de manuels sans les adapter ni les traduire (ex : la définition du risque maladie, de la mutuelle de santé)
S'assurer à la fin de la formation que toute l'équipe peut expliquer ce qu'est une mutuelle de santé, à quoi ça sert et comment ça marche	

### 3. Identification des bénéficiaires

**OBJECTIF :** définir **précisément** qui peut bénéficier du service de micro assurance santé compte tenu du caractère intégré des programmes (micro-crédit, accompagnement familial, formation professionnelle, accompagnement économique).

La définition de ce public cible doit faire l'objet d'une discussion au sein de l'équipe cadre car certaines modalités sur la couverture du public cible présentent des avantages et inconvénients.

**Tableau 1 : Avantages et limites sur la définition de la cible**

Modalités	Avantages	Limites
<b>Couverture familiale vs couverture individuelle</b>	-Permet de couvrir obligatoirement la famille entière (parents +enfants), les conséquences de la maladie au sein du ménage seront donc moindre -Pas de risque de sélection adverse <sup>1</sup> .	Moins avantageux pour les petites familles
<b>Couvrir les enfants étudiants entre 18 et 21 ans</b>	Permet de couvrir des enfants encore à charge de leurs parents	Alourdit la procédure (prêt +mutuelle)= une pièce à fournir en plus pour le bénéficiaire et à contrôler par l'équipe
<b>Couvrir les bénéficiaires du volet social</b>	Impact d'autant plus grand que leur accès aux soins est difficile	Le caractère obligatoire introduit relation d'argent avec la structure et peut saper la confiance des familles dans celle-ci. Ce n'est pas dans la philosophie de l'AF que de leur fournir un service obligatoire. Si c'est volontaire, risque très élevé de sélection adverse.

### 4. Définition des services et du produit

**OBJECTIFS :**

- Définir l'ensemble des services financiers et non financiers offerts par la mutuelle de santé ;
- Définir les types de soins pris en charge par le service de micro assurance santé et le niveau de prise en charge ;
- Définir les tarifs des cotisations

<sup>1</sup> La sélection adverse est un risque majeur en assurance santé qui consiste à attirer et adhérer les personnes qui présentent une probabilité plus forte de tomber malade que la population dans son ensemble.

**ETAPES:**

- 1) Identifier l'ensemble des services offerts par les mutuelles existantes et déterminer au cours d'une réunion avec l'équipe cadre ceux qu'il est possible de proposer aux bénéficiaires de l'IMF, compte tenu de la contrainte en RH.
  - 2) Utiliser les résultats de l'enquête et organiser une réunion avec l'équipe cadre pour définir :
    - ✓ le type de soins qui sera pris en charge : soins primaires, hospitaliers, les deux.
    - ✓ Le type de cotisation : % du prêt ou cotisations fixes
  - 3) Faire une simulation doublée d'un prévisionnel
- Cette simulation est basée sur l'estimation du coût moyen des dépenses de santé et sur le nombre de bénéficiaires couverts obtenu via le prévisionnel/objectifs du volet MC.

#### 4.1. Définition des services

**OBJECTIF :** Définir l'ensemble des services (financiers et non financiers) qui seront offerts aux membres de la mutuelle.

**ETAPES :**

- 1) Etudier les services proposés dans les autres mutuelles (volumes horaires, faisabilité opérationnelle, etc.)
- 2) Organiser une réunion avec l'équipe cadre pour présenter ces services et décider quels seront ceux proposés par la mutuelle de l'IMF

**DOCUMENT PRODUIT:** Liste des services financiers et non financiers

**TEMPS NECESSAIRE :** 1/2 journée

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Développer d'autres services en dehors de la PEC financière des dépenses de santé (accompagnement/suivi, conseil/référencement, animation en santé préventive, réductions en pharmacies, partenariats avec d'autres associations dans la santé), pour rendre le service plus visible et utile pour un plus grand nombre de personnes.	Minorer les services non financiers. Lors de l'évaluation à 6 mois de la MSV, la plupart des adhérents ne connaissent pas les services non financiers, certainement du fait qu'on n'en parle peu lors des séances d'information car ne représentent pas l'essentiel du service. Pourtant ils peuvent toucher beaucoup plus de personnes que la prise en charge financière.
La vente de produits de santé préventive doit être bien réfléchi pour un programme intégré car cela nécessite une logistique et des procédures supplémentaires qui doivent être assumées par les équipes en agence.	

#### 4.2. Définition du couple prestations/cotisations

**OBJECTIF :** Définir la prise en charge financière et les tarifs de cotisation

**ETAPES :**

En concertation avec l'équipe cadre :

- 1) Définir le type de soins pris en charge (soins primaires, soins hospitaliers, les deux) et préciser les types de dépenses qui rentrent dans la prise en charge (médicaments, analyse, etc.)
- 2) Définir le taux de prise en charge (100% ou avec ticket modérateur)
- 3) Définir les plafonds en utilisant les tarifs des structures sanitaires et les plafonds existants sur les autres mutuelles
- 4) Définir les exclusions en se basant sur les celles des mutuelles déjà existantes
- 5) Déterminer la modalité de la cotisation (individuelle/familiale ; % du prêt/ montants fixes)
- 6) Déterminer la répartition de la cotisation entre le fonds pour la santé et le fonctionnement
- 7) Déterminer la durée de couverture (dates fixes /dates variables)
- 8) Faire des simulations

#### **DOCUMENTS PRODUITS :**

- Tableur simulation-prévisionnel (cf. [annexe 9](#))
- Produit d'assurance (cotisations/bénéfices)

Deux modèles ont émergés liés à des choix effectués sur :

- ✓ La modalité des dates de début et de fin de couverture ;
- ✓ La modalité de paiement de la cotisation ;

**Tableau 2 : Deux modèles développés au sein des IMF**

	Dates variables	Dates fixes <sup>1</sup>
% du prêt	<b>Modèle Vahatra</b>	Possible
Montants fixes (cotisations mensuelles)	Difficilement compatible	<b>Modèle AFAFI (arrondi de la durée) et Mampita (arrondi date de maturité)</b>

**Tableau 3: Comparaison des deux modèles**

Modalité de la cotisation	Avantages	Limites
<b>Modèle Vahatra</b>	-Facile à comprendre pour les partenaires -Facilité de vérification avec LPF	- Cotisation déconnectée de la durée de couverture - Problèmes pour les remboursements par anticipation
<b>Modèle AFAFI</b>	-Meilleure gestion du risque -Plus juste pour les partenaires (paiement indexé sur la durée de couverture)	-rapprochement avec LPF plus contraignant -Demande plus de communication auprès des partenaires

Le modèle d'AFAFI présente des avantages en termes de micro assurance supérieurs au modèle Vahatra : meilleure gestion du risque et produit plus juste pour les adhérents.

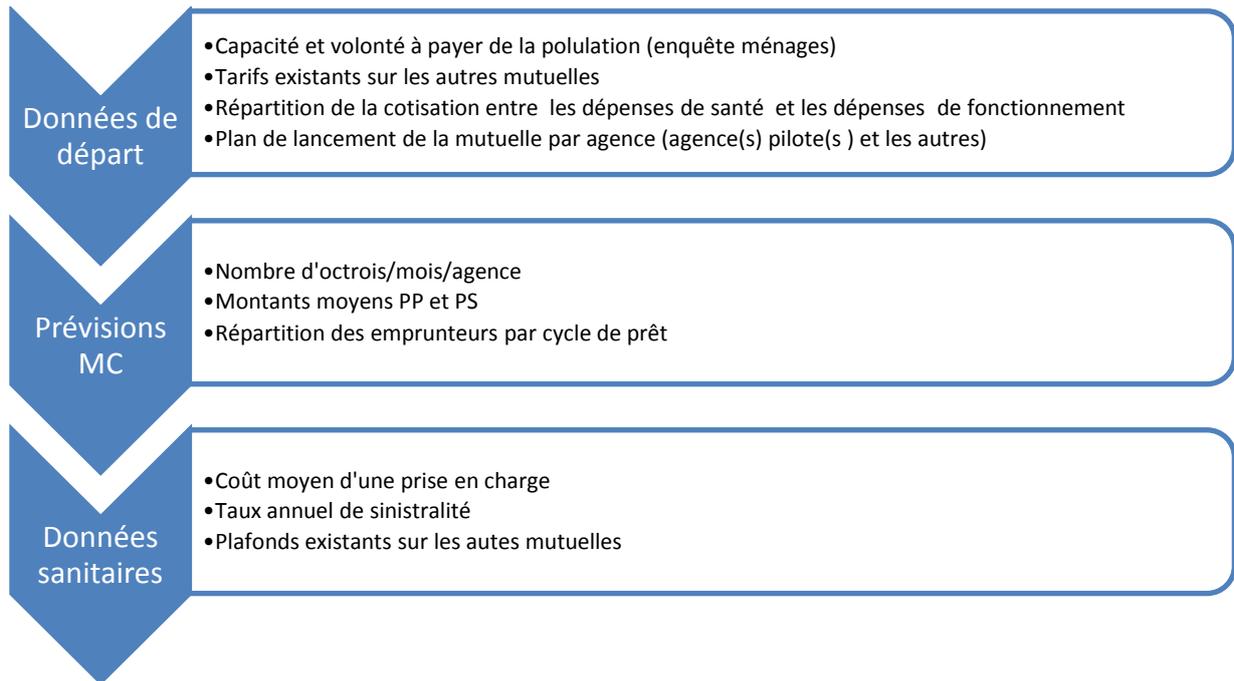
<sup>1</sup> Pour les prêts octroyés entre le 1<sup>er</sup> et le 15 du mois, le début de la couverture est le 1<sup>er</sup> de ce mois, pour les prêts octroyés entre le 16 et le 31 du mois, le début de la couverture sera le 1<sup>er</sup> du mois suivant.

**Tableau 4 : Synthèse des services et produits des trois mutuelles**

	AFAFI	Vahatra	MAMPITA
<b>Bénéficiaires</b>			
	IMF, associations, Fkt, autres groupements	Emprunteurs	Emprunteurs
<b>Couverture</b>			
▪ personnes	Familiale (enfants de 18 à 21 ans étudiants)	Familiale (enfants de moins de 18 ans)	Familiale (enfants de 18 à 21 ans étudiants)
▪ durée	Durée du prêt pour IMF, trimestrielle minimum pour autres groupes	Durée du prêt : maturité du prêt (=remboursement principal +intérêts) + 1 mois de grâce	Durée du prêt : maturité du prêt (= remboursement principal+ intérêt+ constitution épargne obligatoire)
▪ dates début-fin	Dates fixes	Dates variables	Dates fixes
<b>Cotisation</b>			
Base et montants	Mensuelle mais payée en une seule fois pour toute la durée du prêt. 3 tarifs en fonction du montant du prêt : 500 Ar ; 1000 Ar ; 2000 Ar	2% du montant du prêt	Mensuelle mais payée en une seule fois pour toute la durée du prêt. 3 tarifs en fonction du montant du prêt : 500 Ar ; 1200 Ar ; 2400 Ar
Répartition	80% dépenses santé 20% dépenses fonctionnement	80% dépenses santé 10% dépenses fonctionnement 10% dépenses assurance décès	90% dépenses santé 10% dépenses fonctionnement
<b>Services financiers</b>			
PEC soins primaires	Oui	Non	Non mais envisagé à moyen ou long terme
PEC hospitalisation	Oui	Oui	Oui
FDS <sup>1</sup>	Oui	Non	Non
Réduction en pharmacie	Oui	Oui	Oui
Vente produits de santé préventive	Oui	Non	Non
<b>Services non financiers</b>			
Référencement/conseil	Oui	Oui	Oui
Accompagnement/suivi hospitalisation	Oui	Oui	Oui
Animation santé préventive	Oui	Oui	Non
Consultation gratuite	Oui mais vouée à disparaître car n'est pas une bonne façon d'autonomiser les personnes en termes d'utilisation des services de santé existants et de comportements en santé.	Non	Non

<sup>1</sup> Fonds De Solidarité : fonds constitué avec 30% des réserves pour financer des dépenses de santé non comprises dans le produit (ex : lunettes, dépassements de plafond, cas exceptionnels, etc.). Le montant de ce fonds varie tous les mois, et c'est un comité de représentant des adhérents qui statue sur les demandes et le montant du remboursement accordé.

### 4.3. Calcul de la cotisation



**But : obtenir un ratio sinistres à primes sur 12 mois** (cumul des dépenses de santé sur 12 mois / cumul des cotisations acquises sur 12 mois) **inférieur à 100% (autour de 80% idéalement).**

Cet outil sert également de prévisionnel.

#### **Quelques chiffres de base pour le calcul de cotisation dans les mutuelles développées par Inter Aide à Madagascar :**

- Cotisation mensuelle moyenne : environ **1000 Ar**
- Taux annuel de **sinistralité : 2%**
- **Taille moyenne du ménage** couvert par la mutuelle : **4 personnes**
- Coût moyen de prise en charge hospitalière : environ 70 000 Ar
- **Plafonds** (en Ar) : 200 000 =< cas chirurgicaux =< 300 000  
100 000 =< cas médicaux =< 150 000  
30 000 =< petite chirurgie =< 100 000

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Commencer par la prise en charge des hospitalisations uniquement et la limiter aux hospitalisations non programmées car : -plus facile au niveau gestion administrative et financière et au niveau opérationnel -c'est généralement un besoin prioritaire en termes de protection financière de la maladie	Opter pour un modèle financier dans lequel une partie de la cotisation est subventionnée par l'IMF. Vahatra a commencé comme cela, mais a décidé au bout de 6 mois d'arrêter et d'augmenter les cotisations car ce n'était pas viable à moyen-long terme.
Cotisation familiale pour être certain de couvrir toute la famille (permet de lutter plus efficacement contre l'appauvrissement du ménage en cas de maladie) et pour limiter la sélection adverse	Choisir des modalités de couverture et de cotisations qui privilégient la facilité de la vérification avec le logiciel de prêt comme les dates variables et un % du montant du prêt. Cela pose problème sur le calcul des cotisations acquises et sur le remboursement du prêt par anticipation.
Une durée équivalente à celle du prêt incluant la constitution de l'épargne obligatoire pour éviter la rupture de couverture entre 2 prêts successifs	Produit et plafonds non validés ou trop approximatifs avant de faire la simulation
Définir la procédure en cas de remboursement anticipé du prêt	
Pour des programmes intégrés, on peut se permettre d'allouer 10% pour les dépenses de fonctionnement puisque les ressources sont mutualisées avec les autres volets.	

#### 4.4. Calcul du fonds d'amorçage

**OBJECTIF :** définir le montant nécessaire au démarrage de la mutuelle pour le paiement des sinistres (cf. [annexe 10](#))

**ETAPES :**

- 1) Reprendre le tableur de prévisionnel-simulation
- 2) Calculer le solde de réserves (cotisations acquises – dépenses de santé prévues)
- 3) Calculer le ratio Réserves/cotisations acquises.
- 4) Si ce ratio est supérieur à 3, on peut utiliser les réserves pour le paiement des sinistres. Le montant des réserves utilisables = (Réserves/cotisations acquises) x cotisations acquises.
- 5) Calculer le fonds d'amorçage par tâtonnement pour obtenir au bout d'un an, un solde de réserves égal à 2 fois le montant des cotisations acquises du 12<sup>ème</sup> mois

### 5. Conventonnement avec les structures sanitaires



Avant la venue du médecin d'AFAFI les plafonds doivent être définis et validés

**OBJECTIFS :**

- Signer une convention de partenariat avec les structures de soins sur une base de tiers-payant et de « tarif public » et former/informer le personnel de la structure sur ce partenariat.
- Signer des conventions avec les pharmacies pour obtenir des réductions tarifaires (max 10%)

### **ETAPES :**

- 1) Sur la base de l'enquête sur l'offre de soin, identifier les structures de santé avec lesquelles l'IMF souhaite conventionner
- 2) Négociation menée par le docteur d'AFAFI avec les structures sanitaires pour un conventionnement basé sur le système tiers-payant et une tarification dite « tarif public », et avec les pharmacies pour obtenir une réduction tarifaire.
- 3) Elaboration du draft de la convention et rencontres avec les directeurs des structures pour leur présenter.
- 4) Modification de la convention selon les attentes des directeurs des structures de santé
- 5) Signature de la convention par la structure sanitaire puis par les autorités sanitaires (Médecin Inspecteur, Directeur Régional de la Santé, Ministère de la Santé) pour les établissements publics.
- 6) Séance d'information/formation du personnel soignant et administratif.

**TEMPS NECESSAIRE :** Pour les structures publiques, il faut compter environ un mois entre la rencontre pour la négociation et la signature de la convention. Pour les structures privées deux semaines sont suffisantes.

**DOCUMENT PRODUIT :** conventions de partenariat

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Négociation avec les structures sanitaires menées par le médecin d'AFAFI	Plafonds non validés avant la mission du médecin d'AFAFI car cela gêne la négociation et la convention ne peut pas être signée à la fin de sa mission
Faire la séance d'information du personnel de la structure une semaine avant la date de démarrage de la mutuelle	
Faire un rétro planning en partant de la date de démarrage de la mutuelle pour planifier les missions le médecin d'AFAFI	

## **6. Définition des procédures**

**OBJECTIF :** Définir les activités (objectifs, contenu, personne responsable, outils, moment) dans le processus d'adhésion et dans celui de la prise en charge.

### **ETAPES :**

- 1) Organiser une première réunion avec l'équipe cadre pour décider de la place de ce service au sein de la structure et l'équipe qui en sera en charge
- 2) Se baser sur les mutuelles existantes en faisant une synthèse des procédures sur les autres mutuelles associées ou intégrées aux IMF
- 3) Dérouler la procédure d'octroi de l'IMF pour y intégrer la procédure d'adhésion à la mutuelle
- 4) Réaliser un tableau synthétique (cf. [annexe 11](#)) qui décrit toutes les étapes de la procédure d'adhésion, de même que pour la procédure de PEC
- 5) Organiser une petite réunion en agence pilote pour soumettre ces procédures aux équipes terrain et recueillir leurs opinions et idées d'amélioration.

**DOCUMENT PRODUIT :** manuel de procédures à l'usage des salariés (procédures opérationnelles et procédures administratives et financières)

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Connaître parfaitement la procédure d'octroi pour intégrer au mieux celle d'adhésion, y compris en faisant de l'observation en agence.	Ne pas faire d'observation en agence conduit à omettre certains aspects des procédures et d'organisation.
Une fois la procédure écrite sur papier, vérifier que tous les bénéficiaires ont reçu toutes les informations.	Ne pas soumettre une première proposition de procédures (adhésion et PEC) à tous les salariés de l'agence pilote.
Détailler le rôle de chaque salarié dans les procédures d'adhésion et de PEC (cf. <a href="#">annexe 12</a> et <a href="#">annexe 13</a> )	
Développer des partenariats avec des photographes proches des agences pour obtenir des réductions et la possibilité de prendre une seule photo par personne	

## 7. Elaboration des outils de gestion et de communication

### 7.1. Outils de gestion

**OBJECTIFS :** Créer ou adopter les outils pour la gestion des adhésions et des prises en charge

**ETAPES :**

- 1) Collecter, présenter et expliquer tous les outils existants sur les autres mutuelles
- 2) Les adapter à l'IMF et à son produit d'assurance
- 3) Configurer le Système d'Information et de Gestion (SIG)

**DOCUMENTS PRODUITS :**

**Outils de gestion pour l'adhésion et la prise en charge :**

- Fiche d'adhésion (cf. [annexe 14](#))
- Carte de membre
- Contrat
- Carnet de collecte de cotisations
- Lettre de garantie
- Fiche de demande de prise en charge
- Fiche de demande de décaissement
- Bloc d'ordonnances-factures pour les structures sanitaires (si besoin)
- SIG configuré

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Impliquer l'équipe cadre dans la réflexion sur l'adaptation des outils	Perdre du temps pour créer ses propres outils qui au final devront peut-être être modifiés.
Faire en priorité la configuration du SIG	

## 7.2. Outils de communication

**OBJECTIF :** Créer des outils qui permettent de répondre aux questions :

- Pourquoi la mise en place de la mutuelle ?
- A qui s'adresse-t-elle ?
- Comment fonctionne la mutuelle ?
- A quoi sert-elle ?

**ETAPES :**

- 1) Collecter et expliquer les outils déjà existants sur les autres mutuelles
- 2) S'en inspirer pour adapter ces outils à l'IMF, son contexte et les services et produit de la mutuelle qu'elle a choisit

**DOCUMENTS PRODUITS :**

**Outils de communication :**

- Cartes conseil sur les raisons de la mutuelle, principes et fonctionnement, services, PEC (cf. [annexe 15](#))
- Affiches en agence pour annoncer le démarrage (temporaire) puis sur les services, la procédure de PEC (permanentes)
- Affiche (logo IMF) dans les structures partenaires

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Des cartes conseil (dessins) claires, en format suffisamment grand (A3) pour que tous les bénéficiaires de la salle puissent suivre	Développer une communication trop lourde et trop théorique. Ne pas oublier que les bénéficiaires sont là pour le prêt
	Outils non adaptés au contexte local, trop compliqués
	Négliger la communication sur les services non financiers

## 8. Démarrage

### 8.1. Pré-lancement (une semaine avant le démarrage)

**OBJECTIFS :**

- S'assurer que tous les outils et documents sont prêts et planifier les étapes de l'adhésion
- former toutes les personnes impliquées dans l'activité de mutuelle sur leurs tâches respectives

**ETAPES :**

- 1) Faire le point sur tous les outils (publipostage du contrat, impressions, etc.)
- 2) Etablir le planning des différentes étapes de l'adhésion en se calant sur le planning de l'agence
- 3) Former le personnel des structures sanitaires partenaires (médecin AFAFI)
- 4) Former le médecin référent avec l'appui technique du médecin d'AFAFI

- 5) Former l'ensemble de l'équipe de l'agence pilote sur ce nouveau service (services offerts, produit, public cible, cotisations, etc.)
- 6) Former les salariés intervenant dans les procédures d'adhésion et de prise en charge (au niveau de l'agence et au niveau administratif) pour l'utilisation des outils notamment

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Date de démarrage fixée suffisamment tôt pour planifier la mission du médecin d'AFAFI	Le médecin référent n'est pas identifié et ne peut pas être formé par le médecin d'AFAFI
Ces formations doivent se dérouler une semaine avant le lancement	Formation de l'équipe trop rapide : ne connaissent pas vraiment le service et peuvent faire des erreurs dans les procédures

## 8.2. Démarrage

**OBJECTIF :** lancer l'activité de mutuelle par le processus d'adhésion

**ETAPES :**

- 1) Le responsable de la mutuelle réalise la première étape de promotion de la mutuelle afin de montrer comment faire à celui qui devra la réaliser dans le futur. Observation avec l'appui technique d'AFAFI.
- 2) Les étapes suivantes du processus d'adhésion doivent être suivies de près, voire effectuées par le responsable de la mutuelle.
- 3) Lorsque les premières adhésions sont finalisées faire un petit bilan avec l'équipe : difficultés rencontrées et comment les surmonter.
- 4) Pendant les trois premières semaines, le responsable de la mutuelle doit être présent en agence à chaque étape pour observer et appuyer l'équipe terrain

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Le responsable doit rapidement passer la main à l'équipe terrain pour qu'elle s'approprie le nouveau service	Certains éléments sont mal communiqués aux bénéficiaires (notamment le montant et le moment de payer la cotisation)
Prendre en compte les avis de l'équipe terrain lors du bilan	

## 9. Suivi- évaluation

### 9.1. Outils de suivi

**OBJECTIFS:**

- Elaborer les outils de suivi de la mutuelle : reporting Excel (cf. [annexe 16](#)) et SIG
- Former la responsable du suivi à ces outils et au suivi en général

**ETAPES :**

- 1) Reprendre et adapter les outils de suivi des mutuelles existantes : reporting Excel et SIG
- 2) Former le responsable sur les indicateurs de suivi
- 3) Former le responsable sur le reporting
- 4) Appuyer la consolidation des premiers reportings

Facteurs de réussite	Risques d'échec
Le responsable doit faire elle-même les premiers reportings pour s'approprier l'outil avec l'aide de l'appui technique	Une formation trop rapide sur les outils et les indicateurs
S'assurer que le responsable du suivi maîtrise les concepts nécessaires au suivi du fonds (types de cotisations, ratio sinistres à primes, etc.)	

## 9.2. Evaluation à 6 mois

### OBJECTIFS :

- Statuer sur la pertinence du service pour les bénéficiaires
- Statuer sur les choix effectués en termes de procédures
- Apporter des améliorations

### **L'évaluation porte sur 4 axes :**

- 1) Compréhension et satisfaction des membres envers la mutuelle (produit, partenaires de santé, procédures) : « enquête adhérents ».
- 2) Viabilité financière
- 3) Partenariats
- 4) Efficacité organisationnelle : les procédures administratives

### ETAPES :

- 1) Phase préparatoire : méthodologie de l'enquête, questionnaire (cf. [annexe 17](#)), chronogramme
- 2) Réalisation : Formation des enquêteurs et enquête
- 3) Saisie et analyse des données
- 4) Reprendre la grille établie lors de la mise en place et s'en servir comme outil d'évaluation pour les choix effectués (cf. [annexe 18](#))

OUTIL : logiciel sphinx

### RESULTATS PRODUITS :

- rapport de « l'enquête adhérents »
- propositions d'un nouveau modèle financier, d'un nouveau produit (si besoin), d'ajustements dans les procédures

## Annexe 1 : Chronogramme et échantillonnage pour l'étude de faisabilité de Mampita

### 1) Chronogramme

Activités Micro Assurance	2013					2014					Responsable		
	J	F	M	A	M	J	A	S	O	N		D	J
<b>1 Enquête auprès du personnel de Mampita</b>													
• Direction				x									Anne/ Anne Claire
• 1 réunion collective (2h ?) pour expliquer la mutuelle de santé et la démarche d'enquête					x								Emilène / Lisa/ Laurent
<b>2 Enquête auprès d'autres intervenants santé à Mahajanga</b>													
• Identification intervenants				x									Equipe Mampita / Dr Vero (à distance)
• entretiens					x								Dr Vero
<b>3 Enquête auprès des bénéficiaires Mampita + autorités locales (besoins, parcours de soins, capacité et volonté à payer...)</b>													
• Formation					x								Emilène / Lisa
• X focus groups					x	x							Lisa / Coordo Mampita
• X entretiens individuels					x	x							Lisa / Coordo Mampita
<b>4 Enquête sur l'offre de soins à Mahajanga</b>													
• Rencontre médecin inspecteur					x								Dr Vero
• Identification de l'offre					x								Dr Vero
• Hôpitaux					x								Dr Vero
• CSB et cabinets privés					x								Dr Vero
• Autres					x								Dr Vero
<b>5 Compléments d'information</b>						x							Lisa
<b>6 Restitution</b>						x							Lisa
<b>7 Signature conventions partenaires santé</b>										x			Dr Vero
<b>8 Stratégie de communication</b>										x			Mampita/Afafi
<b>9 Réalisation de la stratégie</b>											x		Mampita
<b>10 Démarrage des activités du volet mutuelle Mampita</b>												x	Mampita

## 2) Echantillonnage

	Nbr	Type d'entretiens	En charge	Nbre	Temps prévisionnel
Hôpitaux	Tous	Individuel	Dr Vero	2	3h
CSB	( min 2 privés/2 publics)	I	Dr Vero	2	3h
Médecins privés	(min 2)	I	Dr Vero	2	3h
Pharmacies	(min 2)	I	Dr Vero	2	1h
Laboratoire	(min 1)	I	Dr Vero	1	1h
ONG santé	(en fonction)	I	Lisa	2	
Médecin inspecteur		I	Dr Vero	1	2h
Directeur Régional de la Santé		I	Dr Vero	1	2h
Emprunteurs Mampita	(10%)	I et groupes	Lisa (+3 enquêteurs expérimentés)	70	2,5 jours
Emprunteurs en difficulté	(10%)	I et groupes	Lisa (+2 enquêteurs expérimentés)	20	1 jour
Familles AF	(10%)	I et groupes	Lisa (+1 enquêteur)	10	1 jour
Familles AE (avant prêt)	(10%)	I et groupes	Lisa(+1 enquêteur)	5	½ journée
Personnel Mampita	(tous)	I et groupes	Lisa	15	Etalé sur 1 semaine

NB : Pour les prochaines études de faisabilité, il y aura un seul document : un chronogramme qui reprendra ces informations, en ajoutant aussi les moyens nécessaires

## Accès aux soins des partenaires de Mampita

mai 2013 - MAMPITA

### IDENTIFICATION DU MENAGE

1. Code du partenaire: \_\_\_\_\_
2. Quel est votre statut de bénéficiaire au sein de Mampita  
 emprunteur en cours  
 emprunteur en cours + bénéficiaire de l'AF  
 bénéficiaire de l'AF  
 emprunteur PS4 et +  
 emprunteur en difficulté de paiement  
 bénéficiaire de l'AE
3. Quelle est votre agence de rattachement?  
 agence Morafeno  agence Pont-Blanc  
 agence Sotema
4. Combien êtes-vous dans votre ménage (personnes vivant sous le même toit et partageant les dépenses et repas)? \_\_\_\_\_
5. Combien d'enfants de moins de 5 ans dans votre ménage? \_\_\_\_\_
6. Combien d'enfants entre 6 et 18 ans dans votre ménage? \_\_\_\_\_
7. Combien de personnes de 19 ans et +? \_\_\_\_\_
8. Êtes-vous un homme ou une femme?  
 homme  femme
9. Quel est votre statut matrimonial?  
 célibataire  séparé(e)-divorcé(e)-veuf(ve)  
 marié(e) (traditionnel)  marié(e) (civil)
10. Quel est votre niveau d'instruction?  
 aucune  primaire complet  
 secondaire complet  études supérieures
11. Quel est le type de votre activité?  
 aucune  irrégulière et changeante  
 irrégulière et stable  régulière
12. Quelle est cette activité?  
\_\_\_\_\_
13. Quel est le montant de vos revenus par mois/jour /semaine?  
\_\_\_\_\_
14. Pour les emprunteurs, quel est le montant de votre dernier crédit? \_\_\_\_\_

### 15. Niveau socio-économique du ménage

- niveau 2  niveau 3  niveau 4  
 niveau 5  niveau 6

### DEMANDE EN MATIERE D'ACCES AUX SOINS ET STRATEGIES DE FINANCEMENT

#### 16. Y-a-t'il des maladies graves ou récurrentes dans le ménage?

- oui  non

#### 17. Quels sont ces problèmes de santé?

- toux  diarrhée  
 hypertension  asthme  
 problème de vue  problème dentaire  
 maladie de peau  grippe/fièvre  
 autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

La question n'est pertinente que si maladies répétées? = "oui"

#### 18. Si 'autres', précisez', précisez :

#### 19. Quel est le nombre d'épisodes de maladie depuis janvier 2013 dans votre ménage?

#### 20. Quelle est la structure où vous préférez aller pour les soins de santé primaires (SP)?

- CSB Mahabibo  CSB Tsararano Ambony  
 CSB Mahavoky  CSB Tsaramandroso  
 dispensaire Mahasoia  CSB Sotema  
 Maser Marie  Maser Aina Vao  
 Dr Lanto  autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

#### 21. Si 'autre', précisez :

#### 22. Quelle est la ou les raisons de ce choix?

- gratuité des soins  
 structure convenionnée par SMIM/OSIEM  
 proximité du lieu d'habitation  
 agent de santé parmi les proches  
 qualité des soins  
 prix moins élevés  
 coutume/tradition/habitude  
 autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

#### 23. Si 'autres', précisez :

**24. Avez-vous des difficultés d'accès à cette structure de soins de santé primaire?**

- pas de difficulté
- éloignement géographique
- coût élevé des soins
- accueil peu chaleureux
- attente trop longue
- rupture de stock de médicaments
- mauvaise qualité du traitement prescrit
- manque de personnel
- locaux et équipements sales
- autres

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

**25. Si 'autres', précisez :**

**26. Précisez le montant moyen des soins dans cette structure de soins primaires**

*La question n'est pertinente que si difficulté accès SP = "coût élevé des soins"*

**27. Par quel moyen de transport vous rendez-vous dans cette structure de soins de santé primaire?**

- véhicule personnel
- véhicule d'un proche
- taxi
- taxi Be
- vélo
- à pied
- pousse-pousse
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

**28. Si 'autre', précisez :**

**29. Quel montant dépensez-vous pour ce transport?**

**30. Quelle est la structure où vous préférez aller pour les soins hospitaliers (SH)**

- Androva
- hôpital Luthérien
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

**31. Si 'autre', précisez :**

**32. Quelle est la ou les raisons de ce choix de structure SH?**

- gratuité des soins
- structure conventionnée par SMIM/OSIEM/autre
- proximité du lieu d'habitation
- agent de santé parmi les proches
- bon équipement médical
- prix moins élevés
- coutume/tradi/habitude
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

**33. Si 'autre', précisez :**

**34. Par quel moyen de transport vous rendez-vous dans cette structure de soins hospitaliers?**

- véhicule personnel
- véhicule d'un proche
- taxi
- taxi Be
- vélo
- à pied
- pousse-pousse
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

**35. Si 'autre', précisez :**

**36. Quel montant dépensez-vous pour ce transport à l'hôpital?**

**37. Avez-vous des difficultés d'accès à cette structure de soins hospitaliers?**

- pas de difficultés
- éloignement géographique
- coût élevé des soins
- accueil peu chaleureux
- attente trop longue
- rupture de stock de médicaments
- mauvaise qualité du traitement prescrit
- manque de personnel
- locaux et équipements sales
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

**38. Si 'autre', précisez :**

**39. Précisez le montant moyen des soins dans cette structure de soins hospitaliers**

*La question n'est pertinente que si difficulté accès SH = "coût élevé des soins"*

**40. Quel est le montant des ressources immédiatement disponibles à votre niveau pour faire face à un problème de santé (en Ar)?**

**41. Quelles sont les sources de financement possibles pour réunir l'argent manquant?**

- utilisation des fonds destinés à d'autres dépenses
- utilisation de l'épargne
- utilisation des fonds/du capital de l'activité de la boutique ou de l'atelier
- avance sur salaire
- vente d'un bien du ménage
- emprunt à 0% auprès d'un proche
- emprunt à taux d'intérêt
- utilisation du crédit pour se soigner
- heures de travail supplémentaires
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

**42. Si 'autre', précisez :**

## EXISTENCE DE TRADITIONS D'ENTRAIDE

43. Etes-vous membre d'une organisation ou association?

- oui  non

Aller à '49-existence épargne' si membre asso = "non"

44. Quel est le type/domaine de cette association?

- organisation religieuse  
 association professionnelle  
 association de quartier  
 association de jeunes  
 association culturelle/sportive  
 association sociale/oeuvres de bienfaisance  
 autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

45. Si 'autre', précisez :

46. Payez-vous des droits d'adhésion?

- oui  non

47. Payez-vous une cotisation?

- oui  non

48. Combien versez-vous à cette/ces association(s) par an (en Ar)?

## INTERET POUR UN SYSTEME DE PREVOYANCE SANTE

49. Disposez-vous d'une épargne à la date d'aujourd'hui?

- oui  non

50. Si oui, quel est le montant de cette épargne?

La question n'est pertinente que si existence épargne = "oui"

51. Etes-vous intéressé pour constituer une épargne spécialement pour la santé?

- oui  non

52. Combien pensez-vous pouvoir épargner pour la santé sur une année (en Ar)?

53. Pour les soins qui excèdent ce montant, seriez-vous intéressé par un système de mutuelle de santé?

- oui  non  ne sait pas

54. Pourquoi?

- sécurité afin de répondre aux besoins de financiers pour couvrir les soins  
 coûts des soins moins élevés(partage des risques)  
 meilleure qualité des soins  
 pas de moyens financiers pour les cotisations  
 pas d'intérêt à payer pour les autres  
 inutile tant que l'on n'est pas malade  
 épargner pour la santé appelle la maladie  
 autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

55. Si 'autre', précisez :

56. Bénéficiez-vous d'un ou de plusieurs de ces dispositifs?

- aucun  
 compagnies d'assurances privées(Ny Havana, Aro)  
 assurances maladies des salariés (SMIM,OSIEM)  
 autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

57. Si 'autre', précisez :

58. Quel montant seriez-vous prêt à cotiser par mois pour toute la famille (enfants de moins de 18 ans et parents)?

59. Que doit en prendre prioritairement en charge le système d'assurance santé?

- opérations chirurgicales et hospitalisations  
 urgences  
 médicaments  
 examens médicaux (analyse,écho,radio)  
 transport en ambulance  
 accouchements difficiles  
 accidents  
 maladies chroniques  
 maladie grave  
 autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

60. Si 'autre', précisez :

61. Si vous-avez choisit maladies chroniques ou graves comme priorité de la mutuelle, précisez:

La question n'est pertinente que si priorité mutuelle = "maladies chroniques" et priorité mutuelle = "maladie grave"

62. Quels sont les obstacles que vous imaginez à la mise en place de ce système?

- absence d'argent disponible  
 manque de conscience par rapport à l'importance de la santé  
 manque de compréhension de l'intérêt du système d'assurance  
 absence de collaboration des formations sanitaires  
 opposition d'un leader d'opinion dans le quartier  
 manque de confiance dans les gestionnaires du système  
 manque de solidarité  
 ne sait pas  
 aucun  
 autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

63. Si 'autre', précisez :

64. Comment pensez-vous que le système devrait être géré?

- directement par les membres  par Mampita  
 ne sait pas

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

**65. Pourquoi ce choix de gestion?**

- risques de désaccords entre les membres
- risque de détournement d'argent
- manque de temps pour assumer les responsabilités
- manque de capacités de gestion
- libre choix des cotisations et prestations
- autonomie par rapport au projet d'appui
- fonctionnement démocratique
- autre
- PROXIMITE

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

**66. Si 'autre', précisez :**

**PARCOURS DE SOINS AU COURS DU  
DERNIER EPISODE DE MALADIE GRAVE**

**67. Avez-vous eu un épisode de maladie grave au sein de votre famille?**

- oui  non

**68. Quel est l'âge du malade?**

- moins de 5ans  6-18ans  18ans et +

**69. Quelle était la pathologie?**

**70. Cette maladie a-t-elle entraîné une détérioration immédiate du niveau de vie du ménage?**

- pas de détérioration
- réduction du budget quotidien destiné à l'alimentation
- perte de revenus
- arrêt de la scolarisation des enfants
- vente de biens matériels
- faillite
- endettement
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

**71. Si 'autre', précisez :**

**72. Au bout de combien de jours avez-vous consulté un médecin pour cette maladie une fois apparus les premiers symptômes?**

**73. Est-ce que ce temps est lié à des difficultés d'accès aux structures de soins?**

- pas de difficultés
- distance géographique
- manque de moyens financiers
- manque de temps pour consulter
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

**74. Si 'autre', précisez :**

**75. Qu'est-ce que vous avez fait à l'apparition des premiers symptômes?**

- rien
- automédication
- consultation dans un CSB public
- consultation d'un médecin privé
- consultation d'un tradipraticien
- aller à l'hôpital
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

**76. Si 'autre', précisez :**

**77. Pour quelle raison avez-vous agi ainsi?**

- symptômes ne présentant pas de signe de gravité
- pas de moyens financiers pour l'achat de médicaments
- par manque de temps pour consulter
- médicaments disponibles à la maison
- coût du traitement moins élevé
- coutume/tradition/habitude/
- symptômes présentant des signes de gravité
- fragilité du malade (enfant en bas âge, femme enceinte, etc.)
- agent de santé parmi les proches
- en dehors des horaires d'ouverture de la structure sanitaire
- proximité du lieu d'habitation
- gratuité des soins
- qualité de la prescription
- structure conventionnée par l'assurance maladie
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

**78. Si 'autre', précisez :**

**79. Quel est le nom de la structure de soins visitée n°1 (recours 1)?**

**80. Pour quelle raison avez-vous choisi cette structure sanitaire?**

- symptômes ne présentant pas de signe de gravité
- pas de moyens financiers pour l'achat de médicaments
- par manque de temps pour consulter
- médicaments disponibles à la maison
- coût du traitement moins élevé
- coutume/tradition/habitude/
- symptômes présentant des signes de gravité
- fragilité du malade (enfant en bas âge, femme enceinte, etc.)
- agent de santé parmi les proches
- en dehors des horaires d'ouverture de la structure sanitaire
- proximité du lieu d'habitation
- gratuité des soins
- qualité de la prescription
- structure conventionnée par l'assurance maladie
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

**81. Etes-vous satisfait de la qualité des soins fournis?**

- satisfait  moyennement satisfait  pas satisfait

**82. Où vous êtes-vous procurer les médicaments?**

- formation sanitaire  
 tradipraticien  
 officine de pharmacie  
 médicaments disponibles à la maison  
 herboristerie  
 dépôt de médicaments  
 boutique/marché  
 autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

**83. Si 'autre', précisez :**

**84. Avez-vous réalisé des examens médicaux?**

- oui  non

**85. Combien ce premier recours vous a-t-il coûté en ariary?**

**86. Quelles sources de financement avez-vous utilisé?**

- fonds destinés à d'autres dépenses  
 épargne du ménage  
 utilisation des fonds de la boutique/atelier  
 avance sur salaire  
 vente d'un bien du ménage  
 emprunt à 0%  
 emprunt à taux d'intérêt  
 utilisation du crédit pour se soigner  
 heures de travail supplémentaires  
 autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

**87. Si 'autre', précisez :**

**88. Quelle est l'évolution de la maladie suite à ce premier recours?**

- guérison  stagnation de la maladie  
 aggravation des symptômes  décès du malade  
 Toujours en traitement

**89. Qu'avez-vous fait en deuxième recours?**

- rien  
 automédication  
 consultation d'un CSB public  
 consultation d'un médecin privé  
 consultation d'un tradipraticien  
 aller à l'hôpital  
 autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

**90. Si 'autre', précisez :**

**91. Pour quelle raison avez-vous agi ainsi?**

- symptômes ne présentant pas de signes de gravité  
 pas de moyens financiers pour l'achat de médicaments  
 par manque de temps pour consulter  
 médicaments disponibles à la maison  
 coût du traitement moins élevé  
 coutume/tradition/habitude/  
 symptômes présentant des signes de gravité  
 fragilité du malade (enfant en bas âge, femme enceinte, etc.)  
 agent de santé parmi les proches  
 en dehors des horaires d'ouverture de la structure sanitaire  
 proximité du lieu d'habitation  
 gratuité des soins  
 qualité de la prescription  
 structure conventionnée par l'assurance maladie  
 autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

**92. Si 'autre', précisez :**

**93. Quel est le nom de la structure de soins n°2?**

**94. Etes-vous satisfait de la qualité des soins fournis?**

- satisfait  moyennement satisfait  pas satisfait

**95. Où vous êtes-vous procuré les médicaments?**

- formation sanitaire  
 tradipraticien  
 officine de pharmacie  
 médicaments disponibles à la maison  
 herboristerie  
 boutique/marché  
 autre  
 dépôt de médicaments

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

**96. Si 'autre', précisez :**

**97. Avez-vous réalisé des examens médicaux?**

- oui  non

**98. Combien ce second recours vous a-t-il coûté en ariary?**

**99. Quelles sources de financement avez-vous utilisé?**

- fonds destinés à d'autres dépenses  
 épargne du ménage  
 utilisation des fonds de la boutique/atelier  
 avance sur salaire  
 vente d'un bien du ménage  
 emprunt à 0%  
 emprunt à taux d'intérêt  
 utilisation du crédit pour se soigner  
 heures de travail supplémentaires  
 autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).*

100. Si 'autre', précisez :

101. Quelle est l'évolution de la maladie suite à ce second recours?

- guérison
- stagnation de la maladie
- aggravation des symptômes
- décès du malade
- TOUJOURS EN TRAITEMENT

102. Avez-vous consulté une formation sanitaire en troisième recours?

- oui  non

103. Quel est le nom de la structure de soins n°3

104. Quelle est votre satisfaction de la qualité des soins fournis?

- satisfait  moyennement satisfait  pas satisfait

105. Combien se troisième recours vous a-t-il coûté en ariary?

106. Quelles sources de financement avez-vous utilisé?

- fonds destinés à d'autres dépenses
- épargne du ménage
- utilisation des fonds de la boutique/atelier
- avance sur salaire
- vente d'un bien du ménage
- emprunt à 0%
- emprunt à taux d'intérêt
- utilisation du crédit pour se soigner
- heures de travail supplémentaires
- autre

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).*

107. Si 'autre', précisez :

108. Quelle est l'évolution de la maladie après ce troisième recours?

- guérison  stagnation de la maladie
- aggravation des symptômes  décès du malade

109. Avez-vous eu d'autres recours pour cette maladie?

- oui  non

110. Combien ces autres recours vous ont-ils coûté au total?

*La question n'est pertinente que si autres recours? = "oui"*

111. Quelle est l'évolution de la maladie suite à ces autres recours?

- guérison  stagnation de la maladie
- aggravation des symptômes  décès du malade

*La question n'est pertinente que si autres recours? = "oui"*

**Annexe 3: Extrait d'actuariat du CHU d'Androva (Mahajanga)**

**INSUFFISANCE CORONARIENNE**

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAUX
Atorfit	1 boite	8700	8700
Avlocardyl/ propanolol/ Atenolol	10	300	3000
Aspirine	1 plaquette	40	400
Captopril	1 boite	40	400
Instaclop comprimés	1 boite	2500	2500
Lovenox injectable	5 boite	16000	80000
Seringue 5CC	3	200	600
Lisanxia comprimés	10	400	4000
Oméprazole	20	200	4000
SGL 5%	2	1944	3888
Perfuseur	2	1944	3888
Catheter	1	972	972
Compresses non stériles	2	100	200
Alcool	1	70/10CC	700
Sparadrap	1	120/10 cm	1200
<b>TOTAL</b>			<b>114448</b>

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Désignations	Prix	Désignations	Prix
NFS-VS	10900	Echographie abdominale	8000
Créatinémie	2000	Echo-cardiaque	30 000
ALAT-ASAT	7000		
Uricémie	2000	Hébergement	1 500
<b>TOTAL</b>	<b>21900</b>	Actes	5 000
		<b>TOTAL</b>	<b>44500</b>

**TOTAL GENERAL = 180 848 Ar**

### HEMORRAGIE DIGESTIVE

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAUX
SGI 5%	6	1 944	11 664
RL	2	1 944	3 888
Ampicilline 1 g	12	600	7 200
Cimétidine	15	600	9 000
Métris	3	1 200	3 600
Maalox	15	600	9 000
Ampicilline 500 mg gle	30	150	4 500
Oméprazole	20	200	4 000
Métronidazole	60	40	2 400
Avlocardyl	10	40	400
Perfuseur	2	972	1 944
Catheter	1	1 800	1 800
Compresses non stériles	1	100	100
Alcool	1	70/10CC	700
Sparadrap	10	120/10cm	1 200
<b>TOTAL</b>			<b>61 396</b>

#### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

NFS-VS	10900	Echographie abdominale	8000
Créatinémie	2000	Echo-cardiaque	30 000
ALAT-ASAT	7000		
BC/ BT	3400	Hebergement	1 500
Gamma GT	3000	Actes	5 000
Coproculture et antibiogramme	21000	<b>TOTAL</b>	<b>44 500</b>
Sérologie bilharzienne	22500		
Ag HBS	14500		
Ag HVC	18000		
<b>TOTAL</b>	<b>102300</b>		

**TOTAL GENERAL= 208 196 Ar**

## **TERMES DE REFERENCE DU POSTE DE RESPONSABLE DE LA MUTUELLE SANTE**

### **OBJECTIFS PRINCIPAUX :**

Sous la responsabilité directe du Directeur, la Responsable de la Mutuelle Santé :

- Appui les équipes au sein des agences pour mener à bien les activités liées à la mutuelle de santé.
- Suit la coordination de l'ensemble des activités au sein des agences en termes de quantité et de qualité.
- Effectue le suivi administratif, financier ainsi que le suivi des partenariats avec les structures de santé.

### **EXIGENCES :**

La Responsable de la Mutuelle Santé devra impérativement se conformer étroitement aux règles régissant les activités de travail social à Madagascar, stipulées dans le code de déontologie du travail social, joint en annexe.

La Responsable de la Mutuelle Santé, dans le cadre de ses fonctions, doit garantir la confidentialité de l'ensemble des informations communiquées par les familles auprès des différents interlocuteurs et partenaires de l'association.

## DIFFERENTES FONCTIONS

### A. PREPARATION / MISE EN ŒUVRE / SUIVI ET EVALUATION DU PLAN D'ACTION ANNUEL

Responsable de l'organisation de l'ensemble des activités dans les agences, la Responsable de la Mutuelle Santé:

- 1) Conçoit le plan d'action de la mutuelle de santé avec l'équipe concernée (AF, MC)
- 2) Propose et valide de manière **systematique** les actions à entreprendre avec La Direction.
- 3) Suit la mise en œuvre et le développement du service en conformité avec les objectifs définis dans le plan d'action.
- 4) Evalue la pertinence des actions, rend compte des avancées auprès de la Direction et révisé le plan d'action si nécessaire.

### B. ORGANISATION / SOUTIEN DE L'EQUIPE

- 1) Informe et forme l'équipe sur la MSM.
- 2) Supervise, conseille et soutient avec bienveillance les équipes en agence dans leur travail
- 3) Met à la disposition des équipes en agence et tient à jour les manuels de procédures, ainsi que les outils.
- 4) Assure le respect des procédures, des consignes par les équipes en agence en effectuant des contrôles réguliers.
- 5) Organise et supervise les activités liées à la MSM, en synergie avec les objectifs spécifiques de Mampita.
- 6) Remonte les informations du terrain aux personnes concernées.

### C. REALISATION / ANIMATION D'ACTIVITES EN DIRECT

- 1) Participe directement aux activités liées à l'intégration des partenaires à la MSM.
- 2) Vérifie et finalise les adhésions des partenaires (contrat de la Mutuelle).
- 3) Assure le suivi des membres hospitalisés : référencement en cas de besoin, visite à l'hôpital (avec ou sans le médecin de Mampita), visite après la sortie de l'hôpital.
- 4) Récupère les factures auprès des structures partenaires et reçoit celles procurées par les adhérents via le CDAG: vérifie l'exhaustivité des pièces justificatives et les fait valider par le médecin référent.
- 5) Assure le paiement des factures prises en charge par Mampita en conformité avec les conventions préétablies.

#### **D. RECHERCHE, CONSTRUCTION ET SUIVI DE PARTENARIATS**

**Responsable de la recherche et de la consolidation des partenariats indispensables pour développer la mutuelle de santé:**

- 1) Représente et agit au nom de l'Association « Mampita », pour toutes les démarches auprès de l'ensemble des partenaires institutionnels, dans le cadre de la mission qui lui est confiée.
- 2) Maintient une bonne relation avec les structures partenaires et travaille en étroite collaboration avec ces dernières.
- 3) Assure le bon fonctionnement des conventions de partenariat
- 4) Identifie les ressources externes potentielles nécessaires au bon fonctionnement du programme et informe la Direction pour une éventuelle construction de partenariat.

#### **E. SUIVI ADMINISTRATIF ET FINANCIER**

- 1) Dispose et tient à jour régulièrement les informations spécifiques de la MSM : adhésions, sinistres, factures, reporting, rapport d'activités.
- 2) Consolide et finalise le reporting mensuel et le soumet à la Direction au plus tard la première semaine du mois suivant.
- 3) Effectue toutes les autres tâches en lien à la mutuelle, nécessaires pour le bon fonctionnement de MAMPITA qui sont demandées par la Direction.

Date et signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé ».

**Annexe 5 : Exemple du chronogramme pour la mise en place de la mutuelle à Mampita**

**Chronogramme mise en œuvre de la mutuelle à Mampita**

		août-13				sept-13				oct-13				nov-13				déc-13				janv-14				févr-14			
Responsables	durée	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		<b>Travaux préparatoires</b>																											
Lecture documents Vahatra sur la MSV (RH, procédures, éval à 6 mois)	Laurent	■	■																										
Remise rapport enquête	Lisa		■	■																									
Remise rapport structures sanitaires	Dr Vero		■	■																									
Mission échange Antsirabe	Laurent+R M+ coordos		■	■	■																								
<b>Ressources humaines</b>																													
Identification de(s) responsable(s) mutuelle	Laurent		■	■																									
Ecriture d'un module de formation équipes	Lisa / Emilène / RM / Laurent		■	■		■	■																						
Ecriture d'un module de formation spécifique AS	Lisa / Iharivola / RM		■	■		■	■																						
Formation spécifique de la responsable mutuelle	Lisa		■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Formation des équipes sur les principes de la mutuelle	Emilène/ Justine		■	■		■	■																						
Formation des équipes sur le suivi, gestion de la mutuelle	Lisa		■	■										■	■														
Identification du médecin référent de la mutuelle	Laurent/Ih arivola/RM		■	■						■	■	■																	
<b>Produit et procédures</b>																													
Simulation financière/ prévisionnel	Lisa		■	■						■	■																		
Atelier définition tarifaire avec les équipes (taux int.)	Laurent/ Lisa		■	■						■	■																		
Définition du produit	Laurent/ Lisa		■	■						■	■																		
Révision générale des tarifs Mampita	Laurent/ Yannick		■	■						■	■																		
Définition des procédures	Laurent/ RM/Lisa		■	■						■	■																		
<b>Offre de soins</b>																													

conventionnement pharmacies	Dr Vero	2 jours								
Conventionnement avec CHU d'Androva + autres ?	Dr Vero	1 mois								
Séance de formation du personnel hospitalier	Dr Vero	1 jour								
<b>Outils de suivi et de communication</b>										
Rédaction manuel opérationnel	Lisa/RM	1 jours								
Création/adaptation des outils de communication	Lisa/Laurent / RM	15 jours								
Création/adaptation des documents de gestion (contrats, fiche d'adhésion, ordonnance-facture, etc.)	Lisa/RM	4 jours								
Configuration Base de données	Lisa	1 jour								
<b>Démarrage mutuelle</b>										
Définition des axes, des moyens et du plan de communication	Lisa/Laurent / RM	1 jour								
promotion du nouveau service auprès des partenaires	CDAG / RM									
Premières adhésions (test sur une agence)	RM / Lisa									
Extension à toutes les agences	RM									
Suivi-évaluation, formation continue et accompagnement de la responsable mutuelle, suivi du SIG, etc...	Lisa	1 mois								

NB : Ce chronogramme a ensuite été modifié, et un second chronogramme plus détaillé, jour après jour a été élaboré, pour les étapes de la mise en place (d'août à décembre).

**Annexe 6: Outil d'aide à la décision et de récapitulation des choix opérés sur les modalités de la mutuelle**

Sujets à définir	avantages	inconvénients	choix 1ère réunion	choix 2ème réunion
<b>Bénéficiaires</b>				
couverture familiale/individuelle				
emprunteurs				
autres bénéficiaires de l'association				
emprunteurs sortants (produit volontaire)				
autres groupes				
enfants étudiants de 18 à 20 ans				
<b>Services</b>				
services non financiers (référencement, suivi, santé préventive)				
services financiers -->produit				
<b>Produit</b>				
types de soins pris en charge (hospitalisations, soins primaires, les 2)				
taux de PEC				
plafonds				
durée de couverture				
dates fixes/dates variables				
cotisations fixes ou %				
Répartition de la cotisation santé/admin				
<b>Procédures administratives et RH</b>				
Intégration de la mutuelle (volet indépendant, sous un volet)				
équipe en charge de l'adhésion (volume horaire)				
séances de promotion				
collecte cotisation				
remise de carte				
rôle et responsabilités du RM				
Rôle du médecin référent				
<b>Procédures financières</b>				
Règles prudentielles pour placer les réserves, créer un FDS				
Extension antennes décentralisées : ouverture de compte ? quelle gestion des flux financiers ?				
<b>Conventionnement avec les structures sanitaires</b>				
quelles structures				

## Annexe 7 : Extrait du contrat de prestation avec le médecin référent de la mutuelle de Mampita

### **« Article 1 : Objet**

Le prestataire est en charge de :

- Vérification et validation des factures :
  - o Validation médicale (la convention prévoit-elle la prise en charge de cette pathologie par la mutuelle ?)
  - o Vérification de la prescription (la prescription est-elle adaptée à la pathologie ? y a-t-il sur-prescription ?)
  - o Vérification de l'authenticité des pièces
  - o Validation des factures selon les procédures (respect du plafond)
- Avis consultatif :
  - Le médecin référent peut être amené, de manière exceptionnelle, à être consultée par téléphone par la Responsable de la Mutuelle pour donner son point de vue sur une pathologie difficile à évaluer.

### **Article 2 : Rémunération et autres**

En contrepartie de la réalisation des prestations définies à l'article 1 ci-dessus, le client versera au prestataire la somme forfaitaire de 100 000 Ariary par mois, correspondant à la prestation d'une demi-journée par semaine.

Le prestataire s'engage à fournir une facture au début de chaque mois correspondant aux prestations du mois précédent.

MAMPITA s'engage avant le 15 de chaque mois à régler cette facture au médecin prestataire. »

## Annexe 8: Plan de la formation générale de l'ensemble de l'équipe

### Module 1 : La prévoyance en matière de santé

Durée: 90 minutes

Objectifs	Thèmes	Déroulement	Durée	Matériel
<p>À la fin de la session les participants sont capables de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire les blocages dans l'accès aux soins</li> </ul>	Les blocages dans l'accès aux soins	<b>Activité 1:</b> brainstorming	10'	<i>Stylos, feuilles cartonnées</i> Flip « les blocages financier; socio-culturel; physique »
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire les difficultés rencontrées pour faire face à la maladie</li> </ul>	Les difficultés rencontrées	<b>Activité 2 :</b> <b>Etape 1 :</b> travail individuel <b>Etape 2:</b> synthèse <b>Etape 3:</b> conclusion	20'	Flip « les difficultés rencontrées »
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir le "risque maladie"</li> </ul>	"Risque maladie" Petit risque Gros risque	<b>Activité 3</b> <b>Etape 1:</b> travail individuel <b>Etape 2:</b> synthèse <b>Etape 3:</b> conclusion	20'	Flip « définition risque maladie »
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire les conséquences financières de la maladie</li> <li>• Les alternatives pour faire face aux dépenses liées à la maladie</li> </ul>	Les conséquences financières de la maladie et les  Les alternatives pour agir sur ces conséquences	<b>Activité 4:</b> <b>Etape 1:</b> travail de groupe Diviser le groupe en 2 Groupe 1 : conséquence financière Groupe 2 : alternatives pour faire face aux dépenses de santé <b>Etape 2 :</b> synthèse <b>Etape 3 :</b> conclusion	40'	Flip « conséquences financières » Flip « alternatives pour faire face aux maladies »

## Module 2 : Définition et mode de fonctionnement d'une mutuelle

Durée: 60 minutes

Objectifs	Thèmes	Déroulement	Durée	Matériel
<p><u>A la fin de la session les participants sont capables de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'expliquer les bases de fonctionnement des mutuelles de santé</li> <li>- Définir une mutuelle de santé</li> </ul>	<p>Les bases de fonctionnement d'une mutuelle de santé</p>	<p><b>Activité 1 : travail de groupe</b>  <i>Diviser le groupe en 2 (chaque groupe répond aux questions)</i></p> <p><b>étape 1 :</b> présentation de chaque groupe  <b>étape 2 :</b> synthèse  <b>étape 3 :</b> conclusion</p> <p><b>Activité 2 :</b>  <b>étape 1 :</b> travail individuel  <b>étape 2 :</b> synthèse  <b>étape 3 :</b> conclusion</p>	<p>30'</p> <p>30'</p>	<p>Flip « prévoyance et solidarité »</p> <p>flip « définition mutuelle de santé »</p>

## Module 3 : AFAFI : les services offerts et les procédures

Durée: 65 minutes

Objectifs	Thèmes	Déroulement	Durée	Matériel
<p><u>A la fin de la session les participants sont capable de :</u></p> <p>Définir les services d'AFAFI</p>	<p>dynamiseur</p> <p>services et procédures d'AFAFI</p>	<p><b>Activité 1:</b> introduction par le formateur</p> <p><b>Activité 2 : film et discussion</b>  <b>Etape 1 :</b> diffusion du film  <b>Etape 2 :</b> questions et discussion  <b>Etape 3:</b> conclusion</p>	<p>5'</p> <p>60'</p>	<p>Film Gritty su René &amp; AFAFI</p>

### Module 3 : Pratiques de sensibilisation et de VAD

Objectifs	Thèmes	Déroulement	Durée	Matériel
<p>À la fin de la session les participants sont capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- savoir convaincre</li> </ul>	<p>intérêt du savoir convaincre</p> <p>Étapes à suivre pour convaincre</p>	<p><b>Activité 1:</b></p> <p><b>Étape 1:</b> brainstorming intérêt de l'argumentation</p> <p><b>Étape 2:</b> synthèse et donner le principe</p> <p><b>Étape 3:</b> exercice : convaincre une personne pour adhérer à AFAFI</p> <p><b>Étape 4 : Conclusion</b></p>	<p>15'</p> <p>10'</p> <p>20'</p> <p>5'</p>	<p>Flip et markers</p> <p>Flip « tactiques pour convaincre »</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- savoir faire la VAD</li> </ul>	<p>étapes à suivre pour faire la VAD</p> <p>faire la VAD</p>	<p><b>Activité 2:</b></p> <p><b>Étape 1 :</b> brainstorming : Quels sont les étapes à suivre pour faire la VAD ?</p> <p><b>étape 2 :</b> pratique VAD où une personne malade doit être référée à l'hôpital</p> <p><b>Étape 3:</b> conclusion</p>	<p>10'</p> <p>30'</p> <p>5'</p>	<p>Flip « étapes à suivre pour la VAD »</p>

## Annexe 9: Outils de simulation et prévisionnel de la mutuelle Mampita

### 1) Calcul du coût moyen d'une hospitalisation

	fréquence	montant moyen pris en charge (en Ar)
Cas chirurgicaux	15%	185 000
Cas médicaux	78%	90 000
petites chirurgie	7%	40 000
<b>Coût moyen d'une prise en charge à l'hôpital:</b>		<b>100 750 Ar</b>

Les montants moyens sont également ceux observés à Vahatra auxquels on a ajouté une petite marge de sécurité. Une marge plus grande pour les cas médicaux, car le plafond est de 100 000 Ar à Vahatra contre 120 000 Ar à Mampita.

Cette répartition des hospitalisations entre cas chirurgicaux, cas médicaux et petite chirurgie est celle observée à Vahatra au bout d'un an.

### 2) Calcul de la cotisation

TOTAL AGENCES		déc-13	janv-14	févr-14	mars-14	nov-14	déc-14
	<b>Coeff</b>						
<b>Nb d'adhésions</b>		<b>43</b>	<b>63</b>	<b>133</b>	<b>208</b>	<b>349</b>	<b>345</b>
PP (cotisation mensuelle 500 Ar)		27	33	75	129	200	187
PS (cotisation mensuelle 1200 Ar)		16	27	52	72	134	143
PSE (cotisation mensuelle 2400 Ar)		0	3	6	7	15	15
<b>Nb de polices à renouveler</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>235</b>	<b>261</b>
<b>Polices renouvelées (intégrées ds PS et PSE)</b>	<b>60%</b>					<b>141</b>	<b>157</b>
Polices PP qui commencent ce mois		6	38	46	111	203	195
Polices PS qui commencent ce mois		2	35	36	67	125	140
Polices PSE qui commencent ce mois		0	2	4	7	15	16
<b>TOTAL polices commençant ce mois</b>		<b>8</b>	<b>75</b>	<b>86</b>	<b>185</b>	<b>343</b>	<b>351</b>
<b>Total membres commençant ce mois</b>	<b>4</b>	<b>32</b>	<b>300</b>	<b>344</b>	<b>740</b>	<b>1372</b>	<b>1404</b>
<b>Nb emprunteurs en cours</b>		<b>8</b>	<b>83</b>	<b>169</b>	<b>354</b>	<b>2064</b>	<b>2154</b>
<b>Nb de personnes en cours</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>332</b>	<b>676</b>	<b>1416</b>	<b>8256</b>	<b>8616</b>
Nb hospitalisations	2%	0	1	1	2	14	14
Dépenses hospitalisations	100 750	0	100 750	100 750	201 500	1 410 500	1 410 500
<b>cumul dépenses hospi</b>		<b>0</b>	<b>100 750</b>	<b>201 500</b>	<b>403 000</b>	<b>8 060 000</b>	<b>9 470 500</b>
Frais administratifs	10%	0	10 075	10 075	20 150	141 050	141 050
<b>COUT TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>110 825</b>	<b>110 825</b>	<b>221 650</b>	<b>1 551 550</b>	<b>1 551 550</b>
TOTAL cotisations perçues		228 900	399 900	814 500	1 180 700	2 093 600	2 123 700
TOTAL cotisations acquises		4 860	64 080	150 300	301 230	1 384 920	1 464 660
<b>cumul cotisations acquises</b>		<b>4 860</b>	<b>68 940</b>	<b>219 240</b>	<b>520 470</b>	<b>8 558 010</b>	<b>10 022 670</b>
<b>ratio sinistres à primes début jusqu'au mois en cours</b>		<b>0%</b>	<b>146%</b>	<b>92%</b>	<b>77%</b>	<b>94%</b>	<b>94%</b>

Un ratio sinistres à primes à 12 mois <100%

## Annexe 10 : Calcul du fonds d'amorçage

		déc-13	janv-14	févr-14	mars-14		oct-14	nov-14	déc-14
Réserves	2 381 400	2 386 260	2 349 590	2 399 140	2 498 870		2 904 990	2 879 410	2 933 570
Réserves/Cotisations acquises		490,0	37,2	15,6	8,0		2,3	2,1	2,0
Montant dispo pour le paiement des sinistres		2 381 400	2 386 260	2 349 590	2 399 140		1 294 470	1 384 920	1 464 660
Montant dispo - dépenses santé		2 381 400	2 285 510	2 248 840	2 197 640		- 15 280	- 25 580	54 160

Fonds d'amorçage

Avec le fonds d'amorçage, sur le 1<sup>er</sup> mois, les réserves représentent 490 fois les cotisations acquises. Celles-ci sont en effet très faibles le 1<sup>er</sup> mois (seulement 8 polices en cours).

Au bout de 12 mois, les réserves sont bien équivalentes à 2 fois le montant des cotisations acquises du mois de décembre. C'est la règle du calcul du fonds d'amorçage.

### Annexe 11: Synthèse processus opérationnel de l'adhésion

Etape MC	Etape MSM	Objectif	Contenu	Responsible
RIF	<p>Information des partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mutuelle de santé est liée au prêt et obligatoire</li> <li>- procédure d'adhésion et bénéfiques</li> </ul>	<p><b>A: Informer les partenaires</b></p> <p>1 - Nouveau service</p> <p>2 - Raisons de sa mise en place</p> <p><b>B: donner les principales infos :</b></p> <p>3 - Procédure d'adhésion</p> <p>4 - Services (sans entrer dans les détails)</p>	<p><b>1-Informer</b> que les 2 services sont liés étroitement : la couverture santé est liée à la durée du prêt (incluant le remboursement du FGU)</p> <p><b>2- Pourquoi ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- donner accès aux soins aux personnes vulnérables</li> <li>- éviter l'usage du capital pour payer les frais médicaux (conséquences : non remboursement, appauvrissement)</li> </ul> <p><b>3- Procédure d'adhésion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoire</li> <li>- cotisation mensuelle à payer en 1 fois le jour de l'octroi</li> <li>- qui adhère ? le partenaire, le conjoint, les enfants habitant au sein du foyer de moins de 18 ans ou jusqu'à 20 ans pr les étudiants (pièce justificative)</li> <li>- ramener le carnet Fkt ou autres pièces d'identité en enquête</li> <li>- on distribue une liste des pièces à fournir</li> </ul> <p><b>4 - Services financiers :</b> PEC hospitalière (non programmable, non prévisible, urgente), réductions chez les pharmacies partenaires</p> <p><b>Services non financiers :</b> accompagnement, référencement, suivi-conseil hospitalier et post hospitalier</p>	<p>CDAG</p> <p>AS</p>
<b>Formation économique 2 (budget familial)</b>	Explication sur les principes d'une mutuelle	Informé sur les principes de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Solidarité et prévoyance (cotisation= ticket d'entrée aux ressources communes)</li> <li>&gt; mécanisme (par l'usage de la carte conseil)</li> </ul>	AE
<b>Enquête PP</b>	Explication du service financier	<p>Précisions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la PEC et les EXCLUSIONS</li> <li>- les HOPITAUX partenaires</li> <li>- les plafonds</li> <li>- les réductions tarifaires en pharmacie</li> </ul>	<p><b>1 - PEC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalisations non programmées, non prévisibles seulement</li> <li>- opération césarienne</li> <li>- accouchement difficile si référé par un médecin</li> <li>- Prise en charge des dépenses suivantes : consultation, acte, hébergement, analyses, imagerie, médicaments, premier contrôle post-hospi (si le plafond n'est pas dépassé -cf. 3)</li> <li>- <b>Exclusions :</b> accouchement normal, maladies chroniques, scanner, dialyse, pathologie faisant l'objet d'un programme de l'État.</li> </ul> <p><b>- Etapes à suivre pour la prise en charge :</b> consulter le médecin, aller à l'agence avec la lettre de référencement pour déclarer l'hospitalisation et retirer la lettre de garantie, aller à l'hôpital et déposer la lettre de garantie à la caisse.</p>	<p>CDAG</p>

			<b>2 - Hôpital partenaire: HLA avec système 1/3 payant</b> - Autres hôpitaux : remboursements sur présentation de toutes les pièces justificatives (ordonnance, factures, billet de sortie) et après validation par le médecin de la MSM <b>3 -Plafonds</b> (petite chirurgie : 50 000 Ar, cas médicaux : 120 000 Ar, cas chirurgicaux : 250 000 Ar) <b>4 - Réduction tarifaire</b> en pharmacies partenaires avec le bon "Tsinjo"	
	Pré-adhésion	Remplissage de la fiche d'adhésion	- A la fin de l'enquête de prêt, le CA demande le carnet de Fkt (ou autres pièces) et remplit la fiche d'adhésion - Le CA informe la personne qu'il collectera les photos en VAD	CA
VAD	Début collecte photos	Récupérer les photos déjà existantes	- Collecte des photos faites. L'informer qu'il peut les récupérer en agence s'il n'a pas le prêt. -Rappel de paiement de la cotisation totale le jour d'octroi	CA
<b>Traitement administratif des dossiers</b>		Sortie du contrat MSM		OS
<b>Speech</b>	Rappel PEC + lecture contrat	Rappeler le service MSM et expliquer le contrat	- Bref rappel sur la couverture hospi, sur la durée de couverture (système arrondi) → signature du contrat de mutuelle qui contient principales infos.	CDAG
	Animation thématique	Rappeler service non financier	- Bref rappel du rôle des AS : accompagnement, conseils, etc. - Projection du film sur la maladie	AS
<b>Octroi</b>	Collecte cotisation Signature contrat Collecte photos	Finaliser l'adhésion des partenaires à la MSM	- collecte cotisation - Remplissage fiche d'adhésion (partie cotisation) -signature contrat - collecte photo	CDAG
<b>Traitement administratif</b>		Enregistrer les adhésions dans le SIG Editer la carte d'adhérent		OS
<b>Premier remboursement</b>	Distribution carte et bon tsinjo	Remise de la carte et des bons de réduction en pharmacie	-délai collecte photo Distribution carte de membre et de 2 bons Tsinjo - Informer sur l'usage et la validité de la carte de membre - Remplissage de le fiche d'adhésion (carte délivrée le : ...)	CDAG

## Annexe 12: Fiche technique de la MSV sur le rôle et attributions des salariés

### **L'animatrice sociale :**

- Assure la promotion 1 sur la MSV lors de l'atelier demande qui se déroule toute les semaines dans chaque agence (à l'exception des prêts à la formation).
- Assure l'enregistrement des partenaires et leurs familles, après la contrevisite (prêt).
- Distribue la carte de santé des partenaires et informer les partenaires sur l'utilisation de leur carte de santé.
- Conserve et classe les dossiers MSV (fiche d'adhésion, de suivi et contrat) des partenaires.
- Accueille les partenaires en permanence sociale en cas de besoin.
- Remplit et tient à jour le cahier de registre des hospitalisations.
- Informe la coordinatrice de santé (à priori, et ses responsables en cas de son absence) sur l'hospitalisation d'un membre.
- Rempli la lettre de garantie après la vérification de la situation du membre hospitalisé (soit par téléphone, soit par le dossier en agence).
- Accompagne et réfère le membre à l'hôpital en cas de besoin / de demande des partenaires nécessitant une hospitalisation.
- Effectue la visite de suivi à l'hôpital quand le membre est issu d'une famille déjà suivie en AF.
- Effectue les visites à domicile après la sortie de l'hôpital. Rédige des comptes rendus écrites de ses actions auprès des familles dans la fiche de suivi.
- Remonte les informations du terrain à ses responsables (maladie grave, autre problème de santé, plainte des membres, besoin d'accompagnement d'une famille après visites, ...).

### **La responsable de zone:**

- Assure la promotion 2 lors de la formation des emprunteurs en cas d'absence ou d'indisponibilité de la coordinatrice de santé.
- Assure la promotion 3 lors de l'octroi en cas d'absence ou d'indisponibilité de la coordinatrice de santé.
- Finalise l'adhésion des partenaires à la MSV.
- Soutient et appui les animatrices dans leurs fonctions.
- Assure le remplacement de l'animatrice en cas d'absence de l'animatrice.
- Remonte les informations sur terrain (difficultés des animatrices, observations sur terrain, ...).
- Fait des suivi et contrôle sur la MSV (classement dossiers, distribution carte, réalisation des visites post-hospitalisation, ...).

### **La coordinatrice sociale:**

- Garantit la qualité des actions menées auprès des partenaires (séance de sensibilisation, accueil des partenaires, visites de suivi, ...).
- Assure la bonne intégration des différents services internes à Vahatra.
- Assure la promotion 2 sur la MSV lors de la formation des emprunteurs en cas de besoin (manque d'équipe).

### **La coordinatrice de santé:**

- Mettre à la disposition de l'équipe terrain les outils de travail (commande de formulaire, fiches techniques, manuels, ...),
- Assure la promotion 2 lors de la formation des emprunteurs,
- Assure la promotion 3 lors de l'octroi,
- Finalise l'adhésion des partenaires à la MSV,
- Assure la visite de suivi des membres à l'hôpital,
- Assure les démarches de prise en charge des hospitalisations,
- Contribue à la construction des partenariats,

- Maintien la relation avec les partenaires de soin,
- Remonte les informations après les visites sur terrain (telle que la demande de prise en charge exceptionnelle, les référencement, ...),
- Etablit une liste mensuelle des membres hospitalisés au CDAG,
- Etablit un résumé des prises en charge mensuelle

### **Le conseiller animateur:**

- Assure la communication des partenaires sur l'intégration des deux services (MC-MSV) lors de la RIF,
- Rappelle aux partenaires des dossiers à fournir pour l'adhésion à la MSV,
- Assure le transfert des dossiers MSV joints aux dossiers de prêt de l'agence au BL, ainsi que du BL à l'agence,
- Collabore avec l'AS pour la distribution de la carte de santé (communication du domicile des partenaires, invitation des partenaires à récupérer leur carte, ...),
- Communique à l'animatrice les problèmes de santé identifiés auprès des familles (membre alité, malnutrition aigüe, ...),
- Réfère les partenaires à l'AS en cas de problème de santé,

### **Le chef d'agence:**

- Assure le suivi de la collecte des cotisations des partenaires,
- Assure le versement des cotisations au bureau de liaison,
- Assure le versement de l'argent aux partenaires en cas de « remboursement des frais d'hospitalisation »,
- S'informe de la situation des bénéficiaires pris en charge (montant de la prise en charge, montant de l'hospitalisation, situation du prêt après l'hospitalisation, ...)

### **L'opératrice de saisie :**

- Saisir les fiches d'adhésions des emprunteurs à la mutuelle de santé
- Etablir les carnets de santé des adhérents
- Saisir les sinistres pris en charge par la mutuelle de santé

### **La directrice adjointe**

- Représente l'ONG auprès des partenaires extérieurs : bailleurs, médecin, établissement de santé, association
- Etabli et vérifie le reporting mensuel d'activité,
- Etabli et vérifie la situation financière du fond de pris en charge
- Vérifie mensuellement le rapprochement comptable / SIG / opérationnel
- Vérifie mensuellement le rapprochement comptable et le rapprochement bancaire
- Mets à jour les manuels de procédures
- Met en place le plan de formation des équipes
- Prends les décisions pour les cas particuliers et litigieux concernant les sinistres
- Valide la procédure de décaissement
- Effectue des visites auprès des membres
- Vérifie que les procédures sont bien appliquées.

## Annexe 13: Rôle et attributions des salariés pour la MSM

### Le chef d'agence

#### **1) Activités liées à l'adhésion**

**RIF** : Assure l'annonce du service de santé pendant et distribue la liste des PAF pour la MS aux partenaires

**Enquête PP** : Informe les partenaires sur les services de prises en charge, les exclusions les plafonds, les hôpitaux partenaires, les étapes à suivre en cas d'hospitalisation

**Speech avant octroi** : Rappel sur la PEC (hospitalisation non programmée + plafonds) pendant l'OC

**Octroi** : - Assure la collecte des photos

- Assure la collecte des cotisations,
- Remplit la partie COTISATION de la fiche d'adhésion
- Fait signer le contrat MS par le partenaire
- Assure le versement des cotisations au Siège
- Assure le transfert des dossiers MSV de l'agence au Siège, ainsi que du Siège à l'agence
- Conserve et classe les dossiers MSV (fiche d'adhésion et contrat) des partenaires dans un classeur spécifique

#### **2) Activités liées à la prise en charge**

Informe la RM (ou la coordinatrice du volet social en cas de son absence) sur l'hospitalisation d'un membre.

Remplit la lettre de garantie après la vérification de la situation du membre hospitalisé (soit par téléphone, soit par le dossier en agence) quand un partenaire se présente en agence et déclare son hospitalisation ou l'hospitalisation de ses ayants-droits

Apporte au siège les factures déposées par le partenaire /patient lors d'un cas de remboursement

Collecte au Siège la somme due au partenaire pour son hospitalisation

Assure le paiement des partenaires en cas de « remboursement des frais d'hospitalisation »

#### **3) Logistique**

Mettre à la disposition de l'équipe terrain les outils de travail (commande de formulaire, fiches techniques, manuels, ...)

### La responsable de la mutuelle

#### **1) Activités liées à l'adhésion**

- **Enquête PS** : la formation des emprunteurs PS primo adhérent MS
- Signe les contrats de mutuelle
- Assure les différentes séances de promotion sur la MSM en cas de besoin (absence de la personne en charge de la promotion)

#### **2) Activités liées à la prise en charge des hospitalisations**

- Délivre la LG à l'hôpital si le partenaire est déjà hospitalisé ou valide la délivrance de la LG à l'équipe en agence
- Assure la visite de suivi des membres à l'hôpital,
- Assure les démarches de prise en charge des hospitalisations : récupère les factures à l'hôpital partenaire, remplit la fiche de demande de prise en charge et valide les factures chez le médecin de la Mutuelle pour ensuite les faire valider par la Direction et effectuer à la RAF pour procéder au paiement de la SP ou le partenaire en cas de remboursement
- Assure les visites post-hospitalisation à domicile
- Remonte les informations après les visites sur terrain (telle que la demande de prise en charge exceptionnelle, les référencement, ...)

#### **3) Activités liées aux partenariats**

- Contribue à la construction des partenariats,

- Maintien la relation avec les partenaires de soin

#### **4) Activités de suivi**

- Etablit une liste mensuelle des membres hospitalisés au CDAG,
- Effectue le reporting mensuel
- S'informe de la situation des bénéficiaires de prise en charge (montant de la prise en charge, montant de l'hospitalisation, situation du prêt après l'hospitalisation, ...)

### **Le conseiller animateur**

#### **1) Activités liées à l'adhésion**

**Enquête** : Vérifie les ayants-droits et effectue le pré-remplissage de la fiche d'adhésion, rappelle les partenaires sur le retour de la carte de membre pour les PS

**VAV/VAD : PP** : collecte les photos qui sont déjà disponibles

**VAV PS** : effectue le bilan de compréhension et une éventuelle mise à jour des membres

**1<sup>er</sup> versement** : distribue la carte de membre des partenaires et les informe sur son utilisation et validité

#### **2) Activités liées à la santé**

Communique à la RM les problèmes de santé identifiés auprès des familles (membre alité, malnutrition aigüe, ...),  
Réfère les partenaires à l'AS en cas de problème de santé

Délivre la lettre de garantie en l'absence du CDAG

### **L'animatrice sociale**

#### **1) Activités liées à l'adhésion**

**RIF** : Informe les partenaires sur les services non financiers

**Speech avant octroi** : Effectue un bref rappel des services non-financiers et diffuse le film sur la santé pendant l'attente du signature du contrat

#### **2) Activités liées à la santé**

Accueille les partenaires en permanence sociale en cas de besoin.

Remplit et tient à jour le cahier de registre des hospitalisations.

Effectue les visites à domicile après la sortie de l'hôpital pour les familles AF en binôme avec la RM. Rédige des comptes rendus écrites de ses actions auprès des familles dans le cahier de registre

Remonte les informations du terrain à ses responsables (maladie grave, autre problème de santé, plainte des membres, besoin d'accompagnement d'une famille après visites, ...).

### **L'accompagnateur économique**

#### **1) Activité liée à l'adhésion**

Assure la promotion sur les principes de base de la MSM (solidarité, prévoyance, participation) lors de la formation économique -budget familial.

#### **2) Activité à la prise en charge**

Remplace le CDAG pour délivrer la lettre de garantie

### **Le gardien coursier**

collecte et colle les photos sur la carte de membre

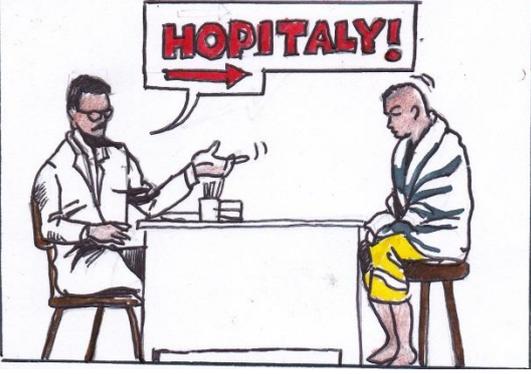


**Annexe 15 : Cartes conseil utilisées lors des différentes séances de promotion**

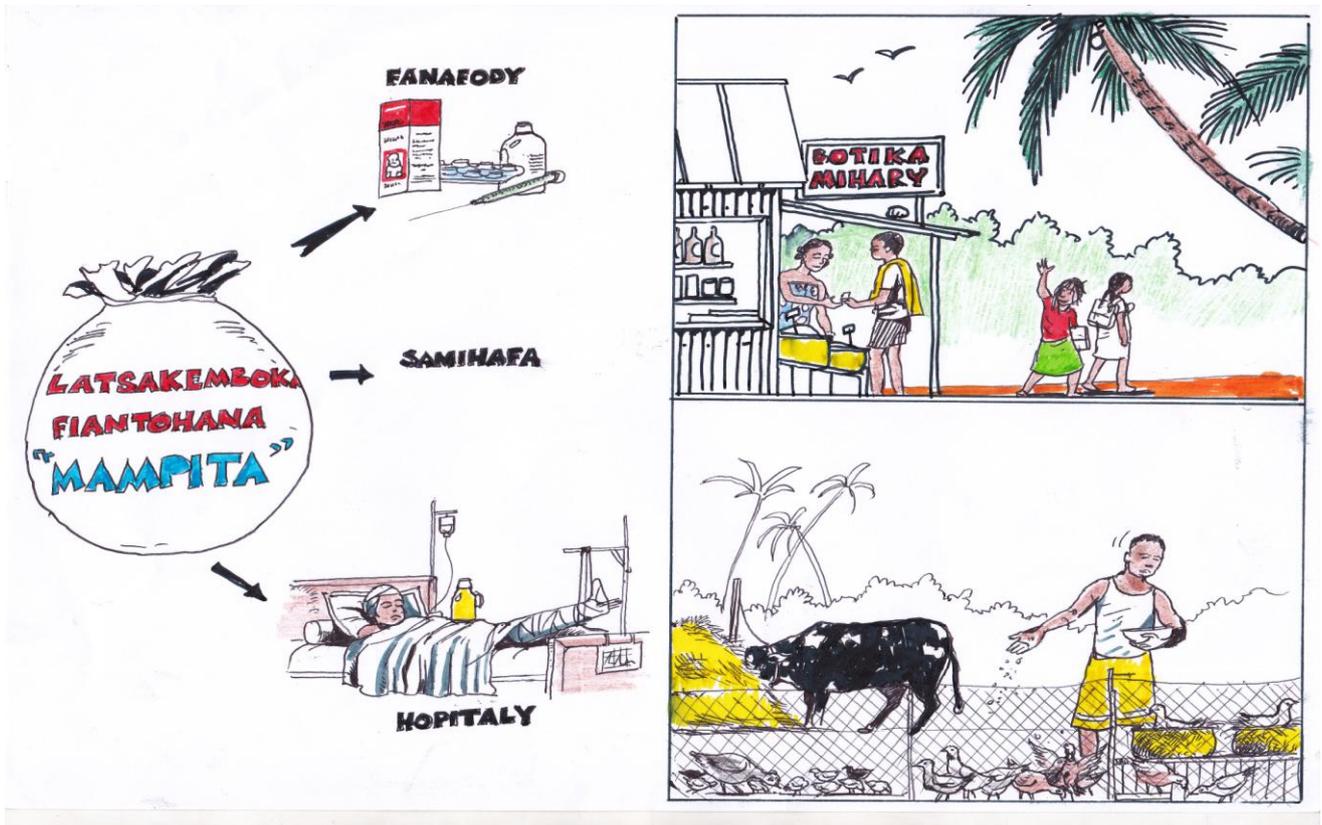
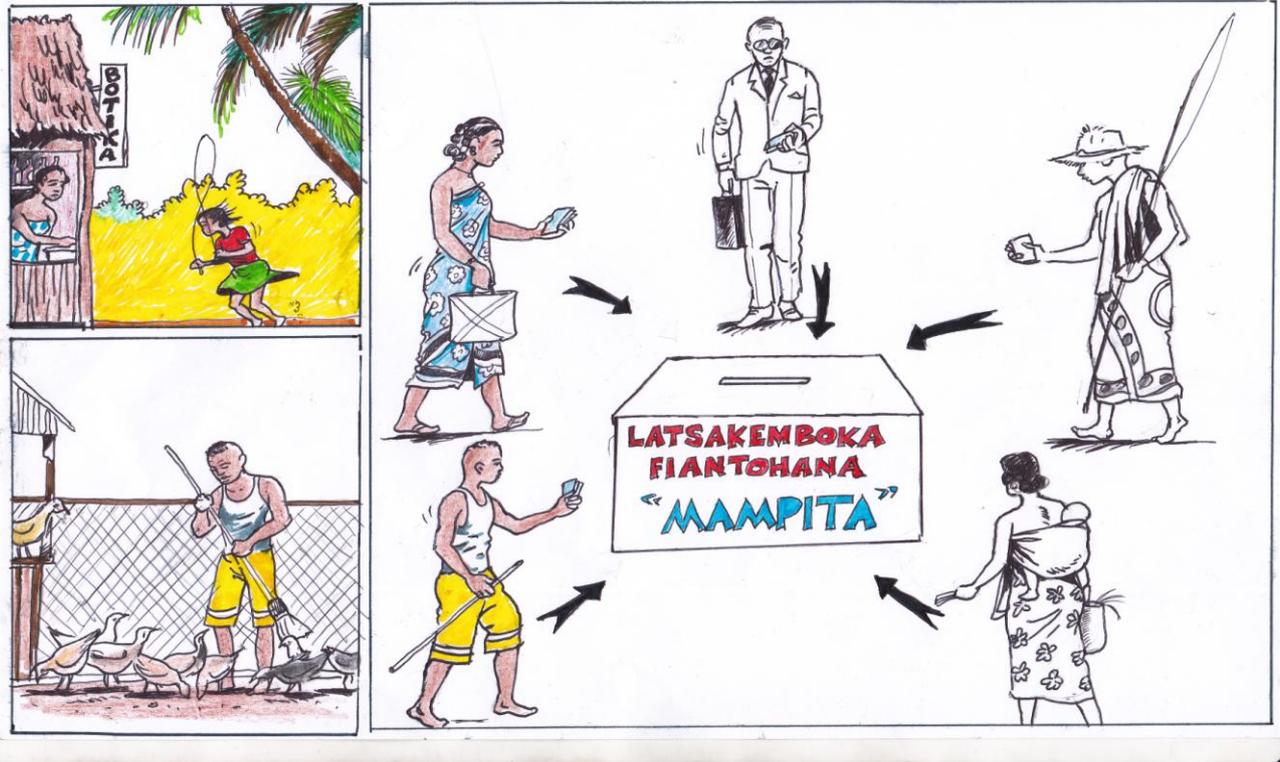
**1) Services de la MSM**

	<p>Misy kitapom-bola iraisan'ny mpindrana rehetra ETO mba handraisana an-tanana azy sy ny ankohonany raha sendra miditra hopitaly</p>
	<p>Raha sendra manana olana ara-pahasalamana ianao, MAMPITA dia vonona handray anao ary hanoro hevitra anao ny amin'ny izay tokony halehanao sy izay tokony hataonao</p>
	<p>Raisina an-tanana mandritry ny fidirana hôpitaly ny:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fanafody</li> <li>- fitiliana</li> <li>- fitarafana</li> <li>- hofam-pandriana</li> <li>- fizahana ataon'ny dokotera</li> </ul>
	<p>Eo ihany koa ny fitsidihana ny tokantranontsika izay ataon'ny mpanentana mba hanomezana antsika toro-hevitra na dinidinika ara-pahasalamana</p>
	<p>Raisina an-tanana ihany koa ny fizahana voalohany aorian'ny fivoahan'ny hôpitaly raha toa ka mbola tsy mihoatra ny fetran'ny fandraisana an-tanana</p>

2) Les étapes à suivre pour la prise en charge à l'hôpital

	<p>1- MANATONA NY DOKOTERA MAHAZATRA AHY AHO</p>
	<p>2- MAKA TARATASY FIANTOHANA ANY AMIN'NY MAMPITA AHO</p>
	<p>3- REHEFA ANY AMIN'NY HOPITALY, DIA ASEHOKO: NY KARATRA IZAY MISY NY SARIKO, NY TARATASY NANDEFASAN'NY DOKOTERA AHY ANY AMIN'NY HOPITALY, NY TARATATASY FIANTOHANA AVY ANY AMIN'NY MAMPITA</p>
	<p>4- RAISINA AN-TANANA NY FITSABOANA ENY AMIN'NY HOPITALY MPIARA-MIASA</p>
	<p>5- ENY ANIVON'NY HOPITALY MPIARA-MIASA AMIN'NY MAMPITA DIA TSY TOKONY MANDOA VOLA AHO RAHA TSY HOE MIHOATRA NY FETRAN'NY FANDRAISANA AN-TANANA NY SARAM-PITSABOANA</p>

### 3) Fonctionnement de la mutuelle



## Annexe 16 : reporting mensuel des activités de la mutuelle de Mampita

	Explication	Source	déc-13
<b>ADHESIONS</b>			
<b>Nb total de polices enregistrées ce mois</b>	<i>Nb de contrats d'assurance créés ce mois (nvelles polices+polices renouvelées)</i>	SIG	<b>43</b>
Dont nouvelles polices	<i>Nb de partenaires adhérant pour la 1ère fois à la MSM ce mois</i>	SIG	43
Dont polices renouvelées	<i>Nb de partenaires ayant renouvelé leur adhésion ce mois</i>	SIG	0
Nb de membres réadhérés	<i>Nb de membres dont la police est renouvelée</i>	SIG	0
Ratio de renouvellement	<i>Nb de polices renouvelées/ nb de polices expirées</i>	calcul excel	0
<b>Nb total de polices MC commençant ce mois</b>	<i>Nb de partenaires dont la couverture santé démarre ce mois</i>	SIG	<b>8</b>
Total nb de membres MC commençant ce mois	<i>Nb de membres (partenaires + leur famille)adhérant ce mois</i>	SIG	<b>25</b>
Nb de polices MC expirées (à renouveler)	<i>Nb de polices qui expirent ce mois</i>	SIG	0
Nb de membres dont la police a expiré	<i>Nb de membres dont la police a expiré le 31 de ce mois</i>	SIG	0
<b>TOTAL DES POLICES EN COURS</b>	<i>Nb total de partenaires couverts par la MSM ce mois</i>	SIG	<b>8</b>
<b>TOTAL DES MEMBRES EN COURS</b>	<i>Nb total de membres couverts par la MSM ce mois</i>	SIG	<b>25</b>
<b>Nb moyen de membres couverts par ménage</b>		SIG	<b>3,13</b>
<b>RECETTES</b>			
Cotisations perçues	<i>montant total des cotisations collectées pour ce mois</i>	SIG	223 300
<b>Cotisations acquises</b>	<i>Total des cotisations disponibles pour la couverture santé des membres en cours de droit ce mois (= somme des cotisations mensuelles des partenaires en cours - frais admin)</i>	SIG	4 860
<i>Cumul cotisations acquises depuis le début jusqu'au mois en cours</i>	<i>Somme du "total cotisations acquises" depuis déc 2013 jusque celles de ce mois</i>	calcul excel	
<i>Cumul cotisations acquises sur 12 mois</i>	<i>somme "total cotisations acquises" sur 12 mois glissants</i>	calcul excel	
<b>TOTAL RECETTES</b>	<b><i>Somme des cotisations perçues</i></b>	<b>calcul excel</b>	<b>223 300</b>
<b>DEPENSES</b>			
<b>Dépenses hospitalisations</b>	<i>Total des dépenses d'hospitalisation décaissés ce mois (compta)</i>	SIG	-
<i>Dont dépenses santé</i>	<i>Total dépenses hospitalisations-dépenses transport</i>	calcul excel	-
<i>Dont dépenses transport</i>	<i>Total dépenses de transport ce mois</i>	SIG	-
Coût des hospitalisations déclarées ce mois	<i>Total des dépenses d'hospitalisations qui ont eu lieu ce mois (date de sortie)</i>	SIG	-
<b>Frais administratifs</b>	<i>Correspondent à 10% des cotisations perçues</i>	calcul excel	22 330
<b>TOTAL DEPENSES</b>	<b><i>Dépenses hospitalisations (décaissement)+frais administratifs</i></b>	<b>calcul excel</b>	<b>22 330</b>
<i>Cumul dépenses depuis le début jusqu'au mois en cours</i>	<i>Somme du "total dépenses" depuis déc 2013 jusque celles de ce mois</i>	calcul excel	
<i>Cumul dépenses sur 12 mois</i>	<i>Somme du "total dépenses" sur 12 mois glissants</i>	calcul excel	
<b>SOLDE DU FONDS MSM</b>	<i>Solde du mois précédent+Total recettes-Total dépenses</i>	calcul excel	200 970
Provisions techniques (cumul)	<i>Cotisations restantes pour couvrir les dépenses de santé dans le futur</i>	calcul excel	218 440
Réserves (cumul)	<i>Cotisations acquises non dépensées</i>	calcul excel	4 860

RATIOS			
Coût moyen d'une hospitalisation	Total des dépenses d'hospi ayant eut lieu ce mois/nb de sinistres ce mois	calcul excel	
Ratio sinistres à primes	"dépenses hospi"/"Total cotisations acquises"	calcul excel	
Ratio sinistres à primes depuis le début jusqu'au mois en cours		calcul excel	
Ratio sinistres à primes sur 12 mois	"Cumul dépenses sur 12 mois"/"Cumul cotisations acquises sur 12 mois"	calcul excel	
Taux de sinistralité	"Nb de sinistres"/"Total des membres en cours"	calcul excel	
taux de sinistralité du début jusqu'au mois en cours		calcul excel	
Taux de sinistralité sur 12 mois	Nb de sinistres sur les 11 derniers mois + mois en cours"/"Nb moyen d'adhérents par mois sur 12 mois"	calcul excel	
nb moyen d'adhérents par mois du début jusqu'au mois en cours		calcul excel	
Nb moyen d'adhérents par mois sur 12 mois	(Nb de membres en cours sur les 11 derniers mois+ceux de ce mois)/12	calcul excel	

SERVICES DE SANTE			
<b>Services de référencement</b>			
Références données aux membres	Nb de référencement vers CSB, médecins libres ou hôpital	Cahier de registres	
Références positives	Nb de référencement effectivement suivis par les membres	Cahier de registres	
<b>Prise en charge des sinistres</b>			
Nb d'hospitalisations	Total des hospitalisations ayant aut lieu dans les différents hôpitaux ci-dessous	Calcul excel	
	<i>Dans nos hôpitaux partenaires</i>		
HLA	Nb d'hospi à HLA	SIG/ cahier de registre	
	<i>Dans les hôpitaux/cliniques non partenaires</i>		
CHU Androva (public)		SIG/cahier de registre	
Autres			
<b>Suivi &amp; accompagnement</b>			
Accompagnement pour l'entrée à l'hôpital	Nombre d'accompagnements effectués par la RM pour l'admission d'un membre	Cahier de registres	
Visite à l'hôpital	Nombre de visites à l'hôpital effectuées par la RM pour	Cahier de registres	
Suivi post hospitalisation à domicile		Cahier de registres	
<b>Réduction dans les pharmacies partenaires</b>			
Nb de réductions effectuées		bon tsinjo	
Nb de membres ayant eu une réduction		bon tsinjo	
Montant total économisé		bon tsinjo	

## Annexe 17: questionnaire adhérent (évaluation phase pilote) : satisfaction et compréhension du service

Date:

Enquêteur:

### Compréhension et satisfaction de la MSV

mars-avril 2013 - Vahatra

Questionnaire adressé aux emprunteurs couverts par la mutuelle pour l'évaluation de la phase pilote.

#### Identité du partenaire MSV

1. Nom et prénom:

2. Code MSV:

3. Age:

4. Genre:

1. masculin  2. féminin

5. Cycle du prêt:

6. Montant du prêt

#### Connaissance générale de la MSV

7. Connaissez-vous les autres services de Vahatra en dehors du micro-crédit?

1. oui  2. non

8. Si oui, lesquels? (ne pas citer)

1. permanence sociale  
 2. AF  
 3. FIP  
 4. formation pratique  
 5. préscolaire  
 6. groupes enfants  
 7. mutuelle santé  
 8. stages courts  
 9. formation des emprunteurs  
 10. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (8 au maximum).

La question n'est pertinente que si connaissance services Vahatra = "oui"

9. Si 'autre', précisez :

10. Quels sont les différents services de la MSV? (ne pas citer)

1. aide et conseil en santé  
 2. prise en charge financière des dépenses de santé  
 3. accompagnement physique et/ou visite à l'hôpital  
 4. visite post-hospitalisation  
 5. ne sait pas  
 6. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).

11. Si 'autre', précisez :

12. A propos des dépenses de santé, qu'est-ce que la MSV prend en charge?

1. toutes les dépenses de santé  
 2. les soins de base (CSB, Dr libre)  
 3. les soins à l'hôpital  
 4. les soins urgents/non prévisibles/non programmables  
 5. accouchements simples  
 6. accouchements difficiles

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

13. Concernant les dépenses à l'hôpital, qu'est-ce qui est pris en charge par la MSV?

1. consultation  
 2. médicaments  
 3. radio  
 4. analyses  
 5. hébergement  
 6. transport  
 7. contrôle post-hospitalisation  
 8. autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (7 au maximum).

14. Si 'autres', précisez :

15. Avec quelles structures Vahatra est en partenariat dans le domaine de la santé? (ne pas citer)

1. CHRR  2. HLA  
 3. Ave Maria  4. Santé Plus  
 5. CSB Atsimo  6. CHDI Betafo  
 7. CSB Betafo  8. pharmacies/dépôts

Vous pouvez cocher plusieurs cases (6 au maximum).

16. Si 'pharmacies', précisez :

17. Qui sont les personnes couvertes par la MSV?

1. conjoint(e)  2. enfants-18ANS  
 3. parents/beaux-parents  4. frères & soeurs  
 5. enfants qu'on élève  6. petits-enfants  
 7. autre  8. enfants

Vous pouvez cocher plusieurs cases (7 au maximum).

18. Si 'autre', précisez :

19. Pensez-vous que la MSV est un service gratuit offert par Vahatra ou pensez-vous participer financièrement?

1. gratuit  2. je participe

20. Connaissez-vous le montant que vous avez cotisé pour être couvert par la MSV?

La question n'est pertinente que si conscience participation financière = "je participe"

21. Pendant combien de temps êtes-vous couvert par la MSV?

### Utilisation et satisfaction des services de santé et de la MSV

22. Avez-vous eu un problème de santé (pas forcément grave) dans votre ménage depuis que vous êtes couvert par la MSV?

1. oui  2. non

Aller à '44-opinion mise en place MSV' si existence pb de santé = "non"

23. Quel est le membre du ménage qui a été malade?

24. Quel est ce problème de santé?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. fièvre              | <input type="checkbox"/> 2. grippe       |
| <input type="checkbox"/> 3. diarrhée            | <input type="checkbox"/> 4. maux de tête |
| <input type="checkbox"/> 5. pb dentaire         | <input type="checkbox"/> 6. pb de vue    |
| <input type="checkbox"/> 7. hypertension/coeur  | <input type="checkbox"/> 8. diabète      |
| <input type="checkbox"/> 9. insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> 10. tuberculose |
| <input type="checkbox"/> 11. typhoïde           | <input type="checkbox"/> 12. fracture    |
| <input type="checkbox"/> 13. blessure           | <input type="checkbox"/> 14. GEU         |
| <input type="checkbox"/> 15. césarienne         | <input type="checkbox"/> 16. ulcère      |
| <input type="checkbox"/> 17. ne sait pas        | <input type="checkbox"/> 18. autre       |

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

25. Si 'autre', précisez :

26. Qu'avez-vous fait pour vous soigner? (ordonner les réponses chronologiquement)

- 1. rien
- 2. automédication
- 3. consultation tradipraticien (masseur inclus)
- 4. consultation CSB public
- 5. consultation CSB privé
- 6. consultation médecin privé
- 7. consultation médecin spécialiste
- 8. aller à l'hôpital public
- 9. aller à l'hôpital/clinique privé
- 10. faire des examens (radios, analyse) dans un centre privé
- 11. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

Aller à '34-utilisation services MSV' si recours soins = "rien"

27. Si 'autre', précisez :

28. Quel est le nom de la structure de santé auquel vous avez eu recours? (la dernière s'il y a eu plusieurs recours)

Cela concerne tout type de prestataire de santé (tradipraticien, pharmacie/dépôt si automédication)

29. Pourquoi avez-vous choisi ce prestataire de santé?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. proximité         | <input type="checkbox"/> 2. habitude              |
| <input type="checkbox"/> 3. gratuité          | <input type="checkbox"/> 4. pas cher              |
| <input type="checkbox"/> 5. qualité des soins | <input type="checkbox"/> 6. partenaire de Vahatra |
| <input type="checkbox"/> 7. autre             |   |

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

30. Si 'autre', précisez :

31. Êtes-vous satisfait de la structure de santé consultée?

- 1. satisfait
- 2. moyennement satisfait
- 3. pas satisfait

32. Pourquoi?

- 1. gratuit
- 2. pas cher
- 3. soins de qualité
- 4. pas trop d'attente
- 5. fournit les médicaments
- 6. bon accueil
- 7. coût élevé des soins
- 8. mauvaise qualité des soins/prescription/diagnostic
- 9. attente trop longue
- 10. pas de médicaments
- 11. mauvais accueil
- 12. paiement de dessous-de-table
- 13. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).

33. Si 'autre', précisez :

34. Avez-vous bénéficié d'un des services suivants de la MSV?

- 1. aucun
- 2. aide et conseil
- 3. accompagnement physique et/ou visite à l'hôpital
- 4. prise en charge financière des frais d'hospitalisation
- 5. visite à domicile post-hospitalisation

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Aller à '42-raison non utilisation' si utilisation services MSV = "aucun"

35. Avez-vous rencontré des difficultés pour bénéficier de ces services?

- 1. oui
- 2. non

### Annexe 18: Grille d'évaluation des procédures et modalités de la mutuelle

choix à évaluer	choix	raison	objectif attendu	limitations	ajustements
<b>Bénéficiaires</b>					
couverture familiale/individuelle					
emprunteurs					
autres bénéficiaires de l'association					
emprunteurs sortants (produit volontaire)					
autres groupes					
enfants étudiants de 18 à 20 ans					
<b>Services</b>					
services non financiers (référencement, suivi, santé préventive)					
services financiers -->produit					
<b>Produit</b>					
types de soins pris en charge (hospitalisations, soins primaires, les 2)					
taux de PEC					
plafonds					
durée de couverture					
dates fixes/dates variables					
cotisations fixes ou %					
<b>Procédures admin et RH</b>					
Intégration de la mutuelle (volet indépendant, sous un volet)					
équipe en charge de l'adhésion (volume horaire)					
séances de promotion					
collecte cotisation					
remise de carte					
rôle et responsabilités du RM					
Rôle du médecin référent					
<b>Conventionnement avec les structures sanitaires</b>					
quelles structures					

choix à évaluer	choix	raison	objectif attendu	limitations	ajustements
<b>Bénéficiaires</b>					
couverture familiale/individuelle					
emprunteurs					
autres bénéficiaires de l'association					
emprunteurs sortants (produit volontaire)					
autres groupes					
enfants étudiants de 18 à 20 ans					
<b>Services</b>					
services non financiers (référencement, suivi, santé préventive)					
services financiers -->produit					
<b>Produit</b>					
types de soins pris en charge (hospitalisations, soins primaires, les 2)					
taux de PEC					
plafonds					
durée de couverture					
dates fixes/dates variables					
cotisations fixes ou %					
<b>Procédures admin et RH</b>					
Intégration de la mutuelle (volet indépendant, sous un volet)					
équipe en charge de l'adhésion (volume horaire)					
séances de promotion					
collecte cotisation					
remise de carte					
rôle et responsabilités du RM					
Rôle du médecin référent					
<b>Conventionnement avec les structures sanitaires</b>					
quelles structures					