

REPUBLIQUE DU TCHAD

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

\*\*\*\*\*

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE SANTE

\*\*\*\*\*

DIRECTION GENERALE



**CnaS**

Caisse Nationale d'Assurance Santé

الصندوق الوطني للتأمين الصحي

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

\*\*\*\*\*

**CNAS**

**CAHIER DES CHARGES**

ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	3
I- PRESENTATION DE LA CNAS .....	4
1- Présentation et fonctionnalités de la CNAS .....	4
II- LES REGIMES DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE .....	5
1- Quelques définitions.....	5
2- Présentation des régimes de la CSU.....	6
3- Les bénéficiaires des régimes de la CSU.....	6
4- Le panier de soins de la CSU .....	7
III- LES PROCESSUS DE TRAITEMENT DE L'IMMATRICULATION ET DE RECouvreMENT .....	9
1- Le préambule.....	9
2- Le processus d'immatriculation .....	10
3- Le processus de Recouvrement .....	15
<b>4- Le Service Actuariat et Statistiques</b> .....	20
IV- LES PRESTATIONS DE SOINS .....	22
1- Description générale.....	22
2- Information du public et gestion des supports.....	23
3- Prestation des soins .....	23
C- Demande d'ouverture d'ALD.....	25
V- LA FONCTION DU CONTRÔLE MEDICAL ET DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	30
1- Présentation de la Direction du contrôle médicale et de la lutte contre la fraude.....	30
2- La lutte contre la fraude.....	35
VI- GESTION FINANCIERE, COMPTABLE ET BUDGETAIRE.....	40
1- La Direction Financière et Comptable .....	40
2- La composition de Direction Financière et Comptable .....	41
3- La gestion budgétaire .....	42
VII- Le Système d'Information Décisionnel.....	45
VIII- Le Système GED .....	46
1- Définition.....	46
2- Fonctionnement.....	46
3- Volumétrie et identification des pics de production.....	47
IX- LA GESTION DES REFERENTIELS .....	48
1- Référentiel des actes médicaux .....	49
2- Référentiel des actes de biologie .....	49

3-	Référentiel des médicaments, consommables et dispositifs médicaux .....	49
4-	Le Référentiel des pathologies et ALD .....	49
5-	Référentiel des professionnels de santé .....	49
6-	Le Référentiel de l'Assuré .....	50
<b>X-</b>	<b>SYTEME DE GESTION INTEGEREE DU RCSU - EXIGENCES FONCTIONNELLES ET TECHNIQUES .....</b>	<b>50</b>
1-	Exigences fonctionnelles .....	50
2-	Exigences techniques .....	61
<b>XI-</b>	<b>ANNEXE.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS

**ADES** : Association de Développement Economique et Social

**AMED** : Assistance Médicale

**ANAR-CSU** : Agence Nationale de Régulation de la Couverture Santé Universelle

**ASI** : Assurance Santé des Indépendants

**ASS** : Assurance Santé des Salariés

**CA** : Conseil d'Administration

**CNAS** : Caisse Nationale d'Assurance Santé

**CNPS** : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

**CNRT** : Caisse Nationale des Retraite du Tchad

**CNS** : Compte Nationaux de Santé

**CS** : Centres de Santé

**CSU** : Couverture de Santé Universelle

**EDS-MICS** : Enquête Démographique et de Santé & Multiple Indicators Cluster Survey  
(Enquête à Indicateurs Multiple)

**EDST** : Enquête Démographique et de Santé au Tchad

**FoSa** : Formation Sanitaire

**HD** : Hôpital de District

**HP** : Hôpital Provincial

**MSP**: Ministère de la Santé publique

**ODD** : Objectifs du Développement Durable

**OGD** : Organismes de Gestion Déléguée

**OMS** : Organisation Mondiale de Santé

**PND** : Plan National de Développement

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PQDD/CSU** : Plan Quinquennal de Déploiement/Développement des régimes de la CSU

## I- PRESENTATION DE LA CNAS

### 1- Présentation et fonctionnalités de la CNAS

En vertu de l'article 31 de la loi 035/PR/2019 du 15 aout 2019 instituant une Couverture Santé Universelle au Tchad il a été créé un organe pour gérer les trois (3) régimes de la CSU. Il s'agit de la Caisse Nationale d'Assurance Santé créée par la loi 026/PR/ 2020 du 31 décembre 2020 dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par le décret N°0577/PCMT/PMT/MSMSP/2021 du 15 octobre 2021.

#### A- Définition de la CNAS

La Casse Nationale d'Assurance Santé en abrégée CNAS est un établissement public administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion administrative et financière. Elle est placée sous la tutelle du ministère en charge de la santé publique. Le siège de la CNAS est fixé à N'Djamena. Toutefois, il peut être créées des antennes dans les provinces.

#### B- Missions de la CNAS

La CNAS est chargée de la gestion des régimes de la CSU régis par la loi N° 035/PR/2019 instituant une Couverture Santé Universelle au Tchad. A ce titre, elle a notamment pour missions :

- L'affiliation des employeurs du secteur public, parapublic, privé, des travailleurs indépendants, et des personnes économiquement démunies ;
- L'immatriculation des assurés et des ayants droits ;
- La définition et l'actualisation des paquets de soins et les normes d'offre des soins de santé ;
- L'identification des personnes économiquement démunies en vue de l'accès aux soins de santé de ces derniers ;
- Le développement des mutuelles de santé ;
- Le recouvrement des cotisations ;
- Le conventionnement ;
- Le contrôle de qualité des prestations des soins, en concurrence avec les autres services étatiques compétents ;
- Le contrôle médical et administratif ;
- Le paiement des prestations rendues ;
- Le déclenchement des poursuites judiciaires, sanctions efficaces et appropriées en cas de fraude, tous abus et pratique dangereuse ;
- Le renforcement de la coopération régionale et internationale dans le domaine de l'assurance santé ;
- La définition de contrat de performance avec les structures de santé et vérification des résultats de performance ;
- La participation à l'amélioration de l'offre des soins ;
- Toutes autres missions qui viendraient à lui être confiées.

## **C- Les ressources de la CNAS (art 5 de la loi 026)**

Les ressources de la CNAS proviennent de :

- Cotisations de l'Etat employeur ;
- Cotisations des employeurs ;
- Cotisations des employés assujettis ;
- Financements innovants ;
- Taxes dédiées ;
- Subvention de l'Etat et celles servant aux mécanismes de gratuité ;
- Produits financiers ;
- Prêts, parrainages, dons et legs ;
- Majoration, astreintes et pénalités de retard dues aux cotisations des employeurs ;
- Pénalités financières appliquées aux situations de fraudes ;
- Financement des partenaires ;
- Revenu des placements ;
- Toutes autres sources susceptibles de financement.

Les ressources collectées par la CSU sont réservées :

- A la prise en charge des prestations de soins de santé au bénéfice des assurés ;
- A la gestion administrative de la CSU ;
- Aux frais relatifs aux missions assignées à l'organisme de gestion déléguée ;
- A la subvention des activités de régulation ;
- A la constitution des réserves financières.

## **D- Les partenaires de le CNAS**

Les principaux partenaires de la CNAS sont entre autres :

- Les Formations Sanitaires et autres structures prestataires conventionnées ;
- Les employeurs des secteurs publics et privés ;
- Les orphelinats et les communes ;
- Personnes de bonne volonté à travers les parrainages, dons, legs et autres ;
- L'ANATS ;
- L'ANSICE ;
- La CRCT ;
- La CNPS ;
- Les Partenaires Techniques et financiers ;
- Etc.

## **II- LES REGIMES DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE**

### **1- Quelques définitions**

## 2- Présentation des régimes de la CSU

La Couverture Santé Universelle au Tchad couvre toute personne résidente au Tchad sans distinction de race, de nationalité, de sexe, d'origine et d'antécédents pathologiques. Elle est obligatoire et prend en compte les trois régimes dont deux (2) régimes contributifs (d'assurance) et un régime non contributif (d'assistance) ci-après :

***Le régime contributif dit « Assurance Santé des Salariés ou ASS »*** qui couvre les travailleurs salariés des secteurs publics, parapublic et privé. Le financement du régime ASS est assuré par (i) les cotisations de l'Etat-employeur ; (ii) les cotisations des agents de l'Etat ; (iii) les cotisations des employeurs privés ; et (iv) les cotisations des salariés privés.

***Le régime contributif dit « Assurance santé des Indépendants ou ASI »*** qui vise l'ensemble des travailleurs indépendants de professions commerciales, artisanales, et celles relevant de l'Agriculture. Le régime ASI est financé par (i) les cotisations des adhérents au régime ; (ii) les subventions de l'Etat et (iii) le financement des partenaires techniques et financiers.

***Le régime dit « Assistance Médicale ou AMED »*** qui vise des personnes économiquement démunies. Le régime AMED est financé par (i) les financements innovants ; (ii) le budget de l'Etat alloué ; (iii) le financement des partenaires techniques et financiers et (iv) le financement par parrainage. Les financements et les taxes dédiées sont affectés à la CNAS selon les modalités fixées par décret pris en conseil de ministres.

Les ressources sont dédiées à chacun des régimes sont gérées séparément. Cependant, en vertu du principe de solidarité promu par la CSU, le financement d'un fonds par un autre est possible. Les conditions et modalités de ce financement sont fixées par décret.

Les cotisations sont déterminées sur la base du cout de panier de soins fixé par décret. Le taux de prélèvement des cotisations ainsi que les modalités de leur versement à l'organisme de gestion sont fixés par décret.

Les cotisations du régime ASS sont réparties entre employeurs et travailleurs. L'employeur public ou privé est débiteur de l'ensemble des cotisations dues à l'organisme de gestion et est responsable de leur versement

Les travailleurs indépendants assujettis au régime ASI sont individuellement débiteurs à l'organisme de gestion de leurs cotisations et de celles des membres de la famille à charge.

L'Etat se substitue aux assurés pour le paiement des cotisations nécessaire au financement du régime AMED. La qualité des personnes économiquement démunies est acquise provisoirement et révisée périodiquement.

## 3- Les bénéficiaires des régimes de la CSU

Les assujettis ci-dessous sont susceptibles de bénéficier des régimes de la CSU :

### **Du Régime ASS (R1)**

- Les agents de l'Etat, des collectivités autonomes, des entreprises publiques et parapubliques et des grandes institutions ;
- Les fonctionnaires parlementaires et autres catégories des agents de l'Assemblée Nationale ;
- Les travailleurs du secteur privé formel ;
- Les retraités du secteur public, privé et paras étatiques ;
- Les titulaires d'une charge élective.

NB : les bénéficiant des prestations au régime ASS la personne assujettie à l'obligation d'assurance et les membres de sa famille à charge, à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même titre.

### **Du Régime ASI (R2) des travailleurs indépendants**

- Les agriculteurs et travailleurs agricoles non-salariés ;
- Les artisans, commerçants et leurs para-subordonnés ;
- Les éleveurs et leurs para-subordonnés ;
- Les pêcheurs et leurs para-subordonnés ;
- Les personnes n'exerçant pas une activité professionnelle mais titulaires de revenus non commerciaux provenant d'activités telles que les opérations financières, les valeurs mobilières et immobilières, sans limitation ;
- Les conjoint(e)s et les personnes à charge des assurés relevant de ce régime, pour autant qu'ils ne relèvent pas du régime ASS.

NB : bénéficiant des prestations ASI, les personnes physiques assujetties à l'obligation d'assurance ainsi que les membres de la famille à charge dûment déclarés par elles.

### **Les assujettis au régime AMED (R3)**

- Les personnes reconnues économiquement démunies ;
- Les étudiants tchadiens jusqu'à l'âge de 25 ans ;
- Les orphelins et enfants abandonnés placés dans les orphelinats ;
- Les personnes en détention dans les établissements pénitentiaires ;
- Les personnes vulnérables prises en charges en charge par les communes.

NB : bénéficiant des prestations du régime AMED, les personnes physiques assujetties à l'obligation d'assurance ainsi que les membres de la famille à charge reconnues.

## **4- Le panier de soins de la CSU**

L'ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par les régimes de la CSU

Le panier de soins couvert par un régime de la CSU au Tchad est défini comme l'ensemble des prestations garanties aux bénéficiaires dudit régime et fourni par les prestataires de soins selon les conditions et modalités déterminées dans le décret N° 2260/PCMT/PMT/MSMSP/2022 portant prestations de soins de santé garanties par la CNAS du 28 juillet 2022.

Une prestation de soins comprend un ensemble d'actes de médecine, de biologie et d'imagerie (dont les détails se trouvent dans le décret susmentionné), de fourniture de médicaments et d'intrants médicaux, de services spécifiques nécessaires à la prise en charge d'un épisode de maladies. La prestation est fournie aux bénéficiaires selon les catégories de soins ambulatoires et hospitaliers.

Les prestations de soins de santé garanties sont définies pour chaque régime de la CSU. Elles sont réparties suivant les catégories de soins énoncées ci-dessus et selon les niveaux de de soins ci-dessous déterminés :

- Centre de santé correspondant au premier contact ;
- Hôpital de district correspondant au premier niveau de référence ;
- Hôpital provincial correspondant au deuxième niveau de référent ;
- Hôpital national correspondant au troisième niveau de référence.

Les actes de médecine, de biologie et d'imagerie couverts pour chaque régime de la CSU ainsi que leur répartition par catégorie et niveau de soins sont déterminés par un arrêté du ministre de tutelle. Il en est de même pour des classes thérapeutiques de médicaments, des molécules prises en charge par les régimes de la CSU ainsi que leur répartition par niveau et catégorie de soins qui seront fixées par un décret du ministère en charge de la santé.

Les activités et prestations exclues du panier de soins et les maladies et prestations subordonnées à l'accord préalable de la CNAS sont relevées dans le même décret. La liste des maladies et prestations ainsi que la liste détaillée des actes, examens de biologie et d'imagerie nécessitant un accord préalable de la CNAS sont déterminées par décision de l'autorité de régulation de la CSU. Ces listes sont renouvelées tous les trois (3) ans. La fourniture de médicaments au titre des régimes de la CSU est effectuée selon la classe thérapeutique des médicaments.

L'accès aux prestations du panier de soins s'effectue obligatoirement au premier niveau de soins tel que défini ci-haut. Le bénéfice des prestations aux niveaux supérieurs est subordonné à la délivrance d'une référence médicale. Toutefois ce principe ne s'applique pas dans le cas des urgences médicales, chirurgicales, obstétricales ou traumatologiques. Les conditions d'application de cette dérogation sont fixées dans les conventions signées entre la CNAS et les prestataires de soins.

Les modalités de fixation des couts de garantie des paniers de soins des trois régimes de la CSU sont déterminées par le décret N°2064/PCMT/PMT/MSPSN/2022 du 28 juillet 2022. Le cout de garantie du panier de soins d'un régime est égal au cout de prestations de soins proprement dit, augmenté des charges de gestion dudit régime. Il est calculé par anticipation

et fixé par personne et par an. Le cout de garantie du panier de soins sert de base pour la détermination des cotisations et contributions nécessaires au financement de ce régime.

Le cout de garantie des paniers de soins des différents régimes de la CSU ainsi que les cotisations et contributions au titre desdits régimes sont fixés par arrêté conjoint des ministres en charge de santé, des finances, de la fonction publique. Les paramètres de financement sont révisés par la même procédure selon une périodicité correspondant à celle des évaluations actuarielles des régimes.

Le panier de soins se résume comme suit :

Prestations servies en CS prise en charge	Prestations servies à l'hôpital prises en charge
Suivi des femmes sous CPN	Toutes les urgences médicales
Consultations enfants moins de 5 ans	Toutes les urgences chirurgicales
Accouchements eutociques	Toutes les urgences gynécologiques
Réhabilitations nutritionnelles	Les césariennes
Les soins ambulatoires pour les enfants de 5 à 15 ans (avec TM)	Les accouchements dystociques
Les consultations pour les personnes adultes ; âge supérieur à 15 ans (avec TM)	Les consultations externes pour les enfants jusqu'à l'âge 15 ans (avec TM)
	Les consultations externes pour les adultes (avec TM)
	Les hospitalisations pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans
	Les hospitalisations pour les personnes adultes (âge supérieur à 15 ans)

### III- LES PROCESSUS DE TRAITEMENT DE L'IMMATRICULATION ET DE RECOUVREMENT

#### 1- Le préambule

##### **Les destinataires**

Direction de Recouvrement et d'Immatriculation

##### **Les acteurs**

- Directeur du Recouvrement et de l'Immatriculation ;

- Chef de service Immatriculation ;
- Chef de service de Recouvrement ;
- Chef de service Actuariat et Statistique ;
- Responsables et Agents d'Immatriculation ;
- Responsables et Agents de Contrôle et Recouvrement ;
- Points focaux, Agences ou Organismes de Gestion Déléguée (OGD) ;
- Autres animateurs.

### **Objectif**

Décrire de façon explicite les tâches, précise le rôle de chaque acteur et les différentes étapes à suivre dans la réalisation des opérations.

### **Domaine d'application**

Réception des dossiers, leur contrôle, leur validation, l'attribution du numéro unique (NNI), l'entrée des données sur les cartes et la validation pour la distribution dans le cadre des régimes de la CSU.

### **Documents et supports**

- Fiches d'immatriculation ;
- Liste des assurés ;
- Les bordereaux ;
- Les cartes.

## **2- Le processus d'immatriculation**

Le processus d'immatriculation commence d'une part, par le ciblage, l'identification et l'immatriculation des Personnes Economiquement Démunies (PED) pour le régime AMED et d'autre part l'affiliation et l'immatriculation des employeurs et assujettis des régimes contributifs (ASS et ASI). Les règles d'affiliation et d'immatriculation sont fixées par décret N°2261/PCMT/PMT/MSPSN/2022 du 28 juillet 2022.

### **A- La structuration du Service d'immatriculation**

Le Service d'immatriculation est organisé en trois (3) sections. Il s'agit de :

- 1) La section archivage et gestion des opérations d'immatriculation (SAGOI) ;
- 2) La section vérification, suivi, contrôle et traitement des réclamations (SVSCTR) ;
- 3) La section distribution des cartes (SDC).

**NB** : la CNAS entend confier ces responsabilités aux agents pour un début d'où le terme « Chef de Service de » est pris comme « Responsable en charge de »

### **B- Le processus d'immatriculation des assujettis des régimes 1 et 2**

Le processus d'immatriculation commence par l'affiliation. Elle est le rattachement de l'assuré à la CNAS ou celui de personne morale agissant pour le compte d'un ou de plusieurs assurés, telle que les employeurs publics ou privés, les orphelinats et les communes. Toute personne physique ou morale, publique ou privée, en qualité d'employeur, employant un ou plusieurs travailleurs salariés dans les secteurs public, parapublic et privé est obligatoirement affiliée à la CNAS ou le cas échéant à l'Organisme de Gestion Déléguée.

#### **a) L'affiliation des Employeurs et des assurés**

L'employeur ou l'assuré est tenu d'adresser une demande d'affiliation à la CNAS ou le cas échéant à l'OGD dans les huit (8) jours qui suivent, soit l'ouverture ou l'acquisition de l'entreprise, soit la signature du premier contrat de travail. Les démarches d'affiliation sont les suivantes :

- Une demande d'affiliation de l'employeur ou de l'assuré est établie sur un imprimé ou tout autre moyen électronique fourni par la CNAS ;
- Dès la réception des dossiers d'affiliation par le service d'accueil, la CNAS notifie à l'employeur ou à l'assuré le numéro d'affiliation qui lui a été attribué. Une saisie des données sur la fiche d'immatriculation est effectuée en back-office de l'organisation gestionnaire. Cette saisie provoque des actions automatiques générées par workflow qui atterrissent sur les postes des personnes qui en sont chargées et envoyée au Service d'Immatriculation pour le traitement, il en sortira une carte où sont saisies les informations nécessaires sur le candidat. La CNAS attribue au demandeur un numéro d'immatriculation unique ;

Toute notification de l'effectif du personnel ou tout changement d'adresse de l'employeur doit être déclaré à la CNAS ou le cas échéant, à l'OGD dans un délai de trente (30) jours ouvrables.

#### **b) L'immatriculation, des employeurs, des assurés et leurs ayants droit**

L'immatriculation est la matérialisation de l'affiliation. Elle est l'opération administrative qui constate la qualité d'assuré par l'attribution d'un Numéro National d'identification à chaque bénéficiaire des régimes de la CSU pour permettre de l'identifier dans son régime. Ce numéro permet d'identifier les bénéficiaires dans chaque régime, une fois attribué il est porté sur une carte d'assuré, laquelle doit être présentée à l'occasion de chaque prestation demandée. L'immatriculation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'assuré a satisfait les formalités d'immatriculation. Les personnes soumises à l'immatriculation des régimes de la CSU sont citées (point : Droit aux prestations des régimes de la CSU) ci-haut. L'immatriculation permet un suivi des déclarations des salaires obligatoires pour la détermination des effectifs d'assurés et permettant de suivre les conditions patronales et cotisations salariales à encaisser.

La déclaration des employés salariés à la CNAS par les employeurs tant publics que privés permet d'enregistrer le flux des adhésions et retraits des bénéficiaires du régime, et de prendre

connaissance des contributions des employeurs et des cotisations des salariés attendus. La démarche d'immatriculation est la suivante :

- L'employeur est tenu d'adresser une demande d'immatriculation à la CNAS pour chaque travailleur qu'il emploie. A défaut le travailleur est tenu d'adresser sa demande d'immatriculation. Il en de même pour les autres assurés ;
- La demande d'immatriculation doit être établie sur un imprimé délivré par la CNAS ou par tout autre moyen électronique qu'il met à la disposition des employeurs ou des assurés ;
- Le dossier passe au Service de Recouvrement pour la prise en compte et l'ouverture de dossier de recouvrement.

La CNAS est tenu de procéder à l'immatriculation de l'assuré dans un délai de trente (30) jours ouvrables maximum à compter de la date de réception du dossier complet. Tout changement d'adresse ou d'employeur et toute modification intervenue dans la situation de l'assuré ou des membres de sa famille à charge doivent être déclarés à la CNAS. La déclaration est faite par l'assuré dans un délai de trente (30) jours ouvrables, accompagnée des pièces justificatives.

Des vérifications administratives sont effectuées sur chaque dossier, à savoir :

- La complétude du dossier ;
- La situation des droits ;
- Le délai de dépôt du dossier ;
- La présence des signatures et des cachés sur les formulaires ;
- Le comptage du nombre des pièces jointes ;
- Etc.

Si la complétude et la conformité du dossier sont assurées, un accusé réception est remis à l'assuré. Les dossiers sont alors scannés sur Gestion Electronique des Dossiers (GED) et indexés. Des canaux d'information et de communication avec l'assuré doivent être envisagés (adresse postale, adresse e-mail, numéro de téléphone portable pour l'envoi des SMS). Si la complétude et/ou la conformité du dossier ne sont pas assurées, le dossier est retourné à l'assuré avec l'avis de rejet motivé.

### Logigramme du processus d'affiliation et d'immatriculation

Étapes	Intervenants	Tâches
1	CNAS Agent d'Accueil (AC)	(1) Accueille et informe le demandeur d'immatriculation aux régimes ; (2) Procède à un entretien avec le demandeur pour collecter un maximum d'informations et lui communique la liste des documents à fournir pour être immatriculé à un régime ; NB : Liste les documents à fournir (voir fiche

		<p>d'immatriculation), selon qu'on est employeur, employé, travailleur indépendant, ...</p> <p>(3) Transfert le dossier au Secrétariat du DRI</p>
2	Secrétaire du Directeur de Recouvrement et de l'Immatriculation (DRI)	<p>(1) Reçoit et procède à des vérifications sommaires des dossiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ S'assure que toutes les pièces constitutives du dossier de demande sont fournies ;</li> <li>✓ S'assure que tous les imprimés sont régulièrement renseignés sans ratures ni surcharges ;</li> <li>✓ Vérifie l'authenticité des pièces (aucune photocopie n'est acceptée) ;</li> <li>✓ Contrôle la cohérence et la concordance des informations contenues dans les différents documents fournis par l'assuré ou ses ayants droit.</li> </ul> <p>(1) Reçoit le dossier contre la délivrance d'un récépissé (daté et signé), si aucune anomalie n'est décelée ;</p> <p>(2) Réclame le complément de dossiers au demandeur au besoin ;</p> <p>(3) Reçoit les pièces complémentaires jointes au formulaire de demande de mise à jour du dossier de l'assuré ;</p> <p><b>NB</b> : le service doit tenir un cahier de suivi des demandes d'immatriculation qui doit mentionner le nom et les prénoms des demandeurs, la date du premier contact, du premier rendez-vous, les observations éventuelles etc.</p> <p>(4) Apporte le dossier à DRI pour orientation ;</p>
3	DRI	<p>(1) Reçoit le dossier physique et puis les impute au CSI</p> <p><b>NB</b> : le DRI accède à tous les dossiers électroniques (même ceux des structures locales) grâce à son code d'utilisateur (dossiers en cours, contrôlés, validés, etc.). Il en est de même pour le DGA et le DG.</p>
4	Chef de Service d'Immatriculation (CSI)	<p>(1) Reçoit le dossier physique ;</p> <p>(2) Procède à un examen et une analyse approfondie des dossiers en matérialisant ses contrôles ;</p> <p>(3) Impute le dossier au CSAGOI ;</p> <p><b>NB</b> : le CSI suit l'établissement des supports d'immatriculation</p>

5	<p>Chef de Section Archivage et Gestion des Opérations d'Immatriculation  (CSAGOI)</p>	<p>(1) Analyse le dossier physique ;  (2) Saisie la demande d'affiliation et la valide ;  (3) Entre les données sur la carte biométrique ;  (4) Attribue et gère le n° d'immatriculation des assurés, employeurs et ayant-droit ;  (5) Vérifie la conformité du dossier physique avec le dossier électronique ;  (6) Porte le numéro d'immatriculation sur le dossier physique ;  (7) Etablit la liste des assurés, employeurs et ayant-droit ;  (8) Procède à l'archivage des dossiers ;  (9) Transmet les cartes au Chef de SDC ;  (10) Transmet la liste des assurés, employeurs et ayant-droit au CSVSCTR ;  (11) Transmet la liste (dossier) des assurés, employeur et ayant-droit, via voie hiérarchique, au Chef de Service Contrôle et recouvrement (CSCR) pour l'ouverture des dossiers de recouvrement.</p>
6	<p>Chef de Section Distribution des Cartes  (CSDC)</p>	<p>(1) Reçoit les cartes des assurés ;  (2) Distribue les cartes aux assurés et aux ayants droit (l'assuré signe le registre et retire sa carte et celles de ses ayants droit) ;  (3) Informe le bénéficiaire que la perte de la carte doit être signalée dans un délai de deux jours suivi d'une nouvelle demande de carte moyennant une somme forfaitaire fixée par la Direction de la CNAS ;  (4) Note les anomalies constatées ;  (5) Remonte les informations (les anomalies) au CSI ;  (6) Transmet les cartes comportant des erreurs CSI.</p>
7	<p>Chef de Section Vérification, Suivi, Contrôle et Traitement des Réclamations  (CSVSCTR)</p>	<p>(1) Reçoit la liste des assurés, employeurs et ayant-droit ;  (2) Reçoit des doléances et réclamations des usagés ;  (3) Constate des anomalies sur les documents et supports ;  (4) Réunit tous les éléments du contentieux et les transfère au DRI qui instruit la voie à suivre ;  (5) Faire le recoupement de la liste fournie par les employeurs avec la liste de base, au besoin, invite les employés non immatriculés à se faire immatriculer et demande la mise à jour de la base.</p>

**NB** : au niveau local, les structures représentatives de la CNAS (Agences, ODGs, PFs) feront les mêmes opérations que les services au niveau central.

### c) Le processus d'immatriculation des assujettis du régime 3 (AMED)

La procédure d'immatriculation des assujettis du régime 3 consiste à enregistrer les personnes éligibles au régime AMED dans les fichiers de la CNAS et leur attribuer un numéro d'immatriculation.

La description du processus d'immatriculation se fait suivant les points suivants ci-dessous.

- **Identification des PED** : l'identification des PED se fera pour un début à travers une méthodologie mixte : un recensement géographique (exhaustif) couplé au ciblage communautaire à travers un questionnaire léger. Pour la suite, le renouvellement de la liste des PED se fera sur la base des données du premier recensement géographique qui seront validées par des exercices communautaires. Toutefois la demande d'immatriculation au régime AMED peut également être reçue et soumise à l'étude (voir les pièces à fournir pour la demande).
- **Enrôlement des PED via KIT** : La liste est réceptionnée à la Direction d'immatriculation pour monter le dossier administratif des PED identifiées potentiellement bénéficiaires du Régime AMED.
- **Enregistrement sur le support d'immatriculation** : il s'agit de la matérialisation de l'enrôlement.

Les conditions d'octroi, de suspension ou de renouvellement des droits aux prestations pour les PED font l'objet de l'arrêté.

Les immatriculations sont effectuées sur une application informatique logée au sein de la CNAS. A l'issue de chaque immatriculation, une carte et/ou un récépissé est généré automatiquement par l'application pour être transmise au bénéficiaire. Le service d'immatriculation assure la gestion et la notification des cartes d'assurés après la production par la Direction du Système d'Information. Il procédera à la vérification de la régularité de l'accès au régime bénéficiaire et effectuera le suivi de la distribution des cartes. La production et analyse des statistiques de l'immatriculation sur les PED se fera par le service actuariat et statistique.

### 3- Le processus de Recouvrement

Le Service de Recouvrement a pour principal rôle d'assurer le suivi de recouvrement des ressources de la CNAS. La fonction de recouvrement intervient pour user des règles de droit pour assurer la récupération des cotisations des assurés, celles des employeurs, des subventions de l'Etat et bien autres ressources.

#### A. Structuration du Service de Recouvrement

Le Service de Recouvrement et de contentieux est organisé en trois (3) sections. Il s'agit de :

- (i) La section recouvrement du secteur formel (public et privé) et du secteur informel et des travailleurs indépendants (SRSFSITI) ;

- (ii) La section contrôle et exploitation des résultats du contrôle (SCERC) ;
- (iii) La section gestion des comptes individuels, traitement des réclamations et contentieux (SGCITRC) ;

### Logigramme du processus de recouvrement

Étapes	Intervenant	Tâche
1	Chef de Service Contrôle et Recouvrement (CSCR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Reçoit la liste (dossier) des assurés, employeur et ayant-droit provenant du Service d'Immatriculation pour l'ouverture du dossier de recouvrement ;</li> <li>(2) Reçoit la liste (dossier) des assurés, employeur et ayant-droit (des structures locales) ;</li> <li>(3) Impute les dossiers au CSRSFSITI.</li> </ul>
2	Chef de Section Recouvrement du Secteur formel (public et privé) et du Secteur Informel et des Travailleurs Indépendants (CSRSFSITI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Elabore un plan de recouvrement ;</li> <li>(2) Assure l'exécution et le suivi du plan après amendement par le DRI et validation par le DGA et le DG ;</li> <li>(3) Émet les titres de créances;</li> <li>(4) Recouvre les créances émises;</li> <li>(5) Tient régulièrement la mise à jour des paiements ;</li> <li>(6) Suit les cotisations reçues à leur date échéance par la gestion des encaissements ;</li> <li>(7) À défaut, génère des relances à l'endroit des parties concernées ;</li> <li>(8) Etablit la situation et le programme de recouvrement ;</li> <li>(9) Remonte les actions menées au DRI ;</li> <li>(10) Relève pour chaque cotisant le montant à recouvrir ;</li> <li>(11) Détermine le montant total à recouvrer par assurés, employeurs et ayant droit ;</li> <li>(12) Etablit <i>l'état des déclarations nominatives et le titre de paiement et l'état de paiement nominatif</i> ;</li> <li>(13) Mets à la disposition du Chef de Section Contrôle et Exploitation des Résultats du Contrôle (SCERC) <i>l'état des déclarations nominatives et l'état de paiements</i></li> </ul>
3	Directeur de Recouvrement et d'Immatriculation (DRI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Reçoit le Plan de recouvrement et procède à son amendement ;</li> <li>(2) Soumet le plan de recouvrement au DGA pour une pré-validation et au DG pour la validation finale ;</li> <li>(3) Consolide la remontée des informations et fait le compte rendu respectivement aux DGA ;</li> <li>(4) Propose au DGA des mesures appropriées pour l'encaissement des montants à recouvrir ;</li> </ul>

4	CSRSFSITI	<p>(1) Transmet l'état des déclarations et de paiement au CSCERC.</p> <p>(2) Transmet l'original du titre de paiement au Directeur des Finances et de la Comptabilité (DFC) pour encaissement ;</p> <p>(3) Transmet la copie du titre et l'état de paiement nominatif au CSCERC ;</p>
5	<p>Chef de Section Contrôle et Exploitation des Résultats du Contrôle (CSCERC)</p>	<p>(1) Reçoit l'état des déclarations et de paiement ;</p> <p>(2) Fait le recoupement entre les déclarations du mois en cours et les déclarations du mois précédent ;</p> <p>(3) Informe le DRI des écarts entre les déclarations et les versements ;</p> <p>(4) En cas de besoin, contrôle et valide auprès des cotisants les montant des cotisations recouvrées ;</p> <p>(5) Décèle les assurés n'ayant pas cotisé durant le mois ;</p> <p>(6) Transmet l'état des déclarations au DFC (l'Agent Comptable) pour comptabilisation ;</p> <p>(7) Dresse la liste des assurés n'ayant pas cotisé puis le transmet au DRI pour une éventuelle fermeture du droit des assurés n'ayant pas cotisé ;</p>
6	DRI	<p>(1) Informe le DG des écarts entre les déclarations et les versements ;</p> <p>(2) Impute la liste des assurés n'ayant pas cotisé au Chef de Section Gestion des Comptes Individuels et Traitement des Réclamations et Contentieux (CSGCITRC).</p>
7	CSCERC	<p>(1) Reçoit la copie du titre de paiement (chèque ou ordre de virement) et l'état de paiement nominatif ;</p> <p>(2) Fait le recoupement des états de paiements et l'état des déclarations en comparant, pour cotisant, le montant versé et montant à couvrir ;</p> <p>(3) Etablit un tableau de suivi des recouvrements de chaque cotisant qui précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le montant total des déclarations (prévisions) ;</li> <li>✓ Le montant des versements sur le compte de la CNAS ;</li> <li>✓ Le montant à recouvrer ;</li> <li>✓ Le montant des pénalités éventuelles sur les sommes à couvrir ;</li> </ul> <p>(4) Transmet au DFC via hiérarchie l'état de paiements pour comptabilisation ;</p> <p>(5) Informe à la hiérarchie via DRI des écarts entre les déclarations et les versements</p>

8	Chef de Section Gestion des Comptes Individuels et Traitement des Réclamations et Contentieux (CSGCITRC)	(1) Reçoit la liste des assurés n'ayant pas cotisé ; (2) Constate le non-paiement des cotisations ; (3) Actualise les comptes individuels des assurés et employeur ; (4) Assure le suivi des recouvrements ; (5) Réunie tous les éléments du contentieux et les transfert à la hiérarchie qui instruit la voie à suivre ; (6) Opère, en cas de besoin, le recouvrement forcé.
---	---	--

### B. Les encaissements de la CNAS

En application de la loi N°035/2019 du 05 aout 2016 instituant une CSU au Tchad et de décret N°2262/2022 du 28 juillet 2022 fixant les modalités d'affectation des ressources de la CSU à la CNAS, les ressources allouées à la CNAS proviennent :

- Des cotisations, des prêts, des parrainages, des dons, des legs, ... ;
- Des régies financières de l'Etat pour ce qui concerne les financements innovants, les taxes dédiées, et toutes les autres ressources spécifiques affectées à la CSU.

Les ressources évoquées en point a) sont collectées selon les modalités fixées par les textes régissant la CNAS et nivelées, avant toute utilisation, dans un compte ouvert à cet effet. Les modalités de fonctionnement de ce compte sont fixées conformément aux règles propres à la CNAS. Celles visées au point b) sont nivelées directement à partir des comptes des recettes du trésor ouverts dans les banques primaires au profit d'un compte dont la domiciliation, les conditions de son ouverture et sa gestion sont fixées par un arrêté conjoint du ministre en charge des finances et celui en charge de la santé.

Un compte courant ouvert au nom de la CNAS alimenté à partir des deux comptes cités ci-haut retrace l'ensemble des opérations de ladite caisse.

Les activités essentielles de recouvrement dans le secteur formel consistent au suivi des activités de recouvrement des assurés, à la relance des cotisations des assurés défaillants puis à l'information et assistance des assurés. Quant au secteur informel, celles-ci consistent à relancer par tous les moyens de communication les cotisants défaillants (à compter du 1<sup>er</sup> paiement), à rechercher les mécanismes pérennes de recouvrement des cotisations (prise de contact avec certaines parties prenantes) puis à informer et sensibiliser au paiement des cotisations. L'analyse des performances des OGD en matière de recouvrement afin de proposer toute action permettant d'en améliorer l'efficacité et l'efficience n'est pas du reste.

### C. La gestion des cotisations

La gestion des cotisations des salariés repose sur les salaires déclarés et la part que doit prélever l'employeur à la source avant de la virer dans le compte bancaire de la CNAS. La charge de cotisation est partagée entre l'employeur et l'assuré à hauteur de 50% chacun. Pour les assurés actifs non-salariés, une cotisation forfaitaire périodique (généralement mensuelle) est attendue en fonction de sa catégorie socio professionnelle. Le mécanisme du

recouvrement des cotisations du secteur formel est caractérisé par le principe de précompte. Il est obligatoire pour tous, travailleurs ou pensionnés, enrôlés ou non. Les règles de gestion du précompte et les charges de cotisations sont définies par des textes. La grappe familiale concernée est composée de l'ouvrant droit et des ayants droit à savoir la conjointe légale sans revenu et quatre (4) enfants à charge âgés de moins de 25 ans (à vérifier).

Le secteur informel et les travailleurs indépendants sont caractérisés par le principe de paiement individuel. Chacun paie de sa poche et au nombre des personnes de la grappe familiale. En ce qui concerne la mobilisation des ressources, l'on entend utiliser les mécanismes pérennes pour capter les cotisations des assurés de ce secteur à l'image de la création de partenariat avec les opérateurs mobiles, par exemple. On peut appliquer également le principe de paiement exceptionnel pour collecter les cotisations. Ce principe est appliqué sur les groupes conventionnés. Ce sont des travailleurs non-fonctionnaires, non-salariés mais qui exercent des activités homologues. On peut appliquer la convention groupe aux groupes tels agriculteurs, artisans, pêcheurs, etc. Ceux-ci peuvent se regrouper selon leur appartenance ou affinité (institution et autres organismes, associations, groupement régulièrement constitué, coopérative, ...) et un précompte peut en être opéré. Il en est de même pour des personnes exerçant au sein d'une même entité ou sur une aire géographique donnée (village par exemple).

#### **D. La gestion des encaissements et la gestion du recouvrement**

La gestion des encaissements permet de suivre des cotisations reçues à leur date échéance, et à défaut génère des relances à l'endroit des parties concernées. Le défaut d'encaissement dans les délais impartis, et après relance restées infructueuses, la fonction recouvrement intervient pour user des règles de droit pour assurer la récupération des cotisations et/ou contribution devenues deniers publics.

#### **E. Le recouvrement régime 3**

Pour le segment des personnes économiquement démunies et autres bénéficiaires du régime AMED, la contrepartie de leur bénéfice au régime fait l'objet d'une estimation avant chaque année civile, à l'adresse du Conseil d'administration ou des services compétents de l'Etat et est budgétisée dans le budget annuel et versée périodiquement au cours de l'année à la CNAS pour payer les prestations fournies aux assurés dans le cadre du régime.

Pour les ressources adossées aux financements innovants et les taxes dédiées et toutes les autres ressources spécifiques affectées à la CSU, le Recouvrement se fera essentiellement entre la collecte des taxes par les institutions de l'Etat ; la sécurisation des fonds au trésor public et la mise à la disposition de la CNAS via son compte bancaire comme indiqué ci-haut.

#### **F. La gestion des recours, du contentieux et des prescriptions**

Les réclamations formulées contre les décisions de la CNAS sont obligatoirement portées par lettre recommandée avec accusé réception, devant l'organisme de régulation. Celle-ci est saisie dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de notification de la décision, sous peine de prescription. L'organisme de régulation crée en son sein une commission de recours amiable. Ses attributions, sa composition et son fonctionnement sont fixés par un décret.

Lorsque les prestations de soins de santé sont offertes à un bénéficiaire victime d'un accident ou d'une blessure imputable à un tiers, la CNAS est subrogée de plein droit à la victime dans son action contre le tiers responsable, pour réclamer la restitution de sommes indûment versées à la victime ou des frais de prestations dont elle a bénéficié. Au cas où la victime ou les membres de sa famille à charge ont intenté une action en justice contre le tiers responsable en réparation du préjudice subi, ceux-ci doivent indiquer à tout moment de la procédure, que la victime est bénéficiaire de la CSU. A défaut de cette indication et faute pour la victime ou les membres de sa famille à charge de rembourser les sommes indûment perçues, une action en paiement des desdits sommes est intentée contre eux par la CNAS.

Les actions de la CNAS contre les bénéficiaires et les fournisseurs des prestations de soins de santé à qui des avantages au titre des régimes de la CSU ont été octroyés indûment sont prescrites conformément aux dispositions du code civil. Le délai de prescription court à partir de la date de la découverte du paiement indu. En cas de fraude ou fausse déclaration, ce délai court à partir de la date de la découverte de fraude ou de la fausse déclaration. D'autres prescriptions sur les recouvrements et les actions des fournisseurs de prestations sont relevées dans la loi 035/2019 du 05 aout 2019. Il en est de même pour des différentes dispositions pénales.

#### 4- Le Service Actuariat et Statistiques

Les principales activités de ce service consistent à soutenir la Direction du Recouvrement et d'immatriculation dans la planification et la réalisation de ses activités en vue de l'atteinte de ses objectifs. Il lui revient également de mener les études et de faire des prospectives aux fins de réaliser la projection des activités de la CNAS en générale et celles liées à l'immatriculation et au recouvrement en particulier.

Le Service Actuariat et Statistiques est organisé en deux (2) sections :

- (i) La Section Planification, Etudes et Prospective (SPEP) ;
- (ii) La Section Production et Diffusion des statistiques ((SPDS) collecte des données, traitement et vulgarisation).

#### Logigramme actuariat et statistique

Étape	Intervenant	Taches
1	Chef de Section Planification, Etudes et Prospective  (CSPEP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Reçoit ou retire la base des données auprès du service concerné ;</li> <li>(2) Planifie les activités de la Direction de Recouvrement et d'Immatriculation ;</li> <li>(3) Fait des analyses en vue d'une projection des activités liées à l'immatriculation et au recouvrement ;</li> <li>(4) Mène des études prospectives afin de déterminer et orienter la vision de la CNAS ;</li> <li>(5) Elabore un plan stratégique en vue de diriger les efforts vers l'atteinte des objectifs axés sur les résultats</li> </ul>

		<p>perceptibles par les assurés ;</p> <p>(6) Mène des études actuarielles périodiquement afin de consolider la pérennité de l'équilibre financier de chaque régime ;</p> <p>(7) Réalise l'évaluation actuarielle des activités d'immatriculation et de recouvrement ;</p> <p>(8) Fait la projection des entrées et des sorties de fonds et de leur effet à long terme sur l'accumulation de la réserve ;</p> <p>(9) Suit l'évolution financière et, au besoin, la révision de son financement ou certaines de ses dispositions ;</p> <p>(10) Mène des études statistiques comparatives en vue d'améliorer le fonctionnement et la gestion des services.</p>
2	<p>Chef de Section Production et Diffusion des Statistiques  (CSPDS)</p>	<p>(1) Reçoit ou retire la base des données sur les recettes ou cotisations auprès du service concerné ;</p> <p>(2) Reçoit ou retire la base des données sur les immatriculations auprès du service concerné ;</p> <p>(3) Reçoit ou retire la base des données sur les prestations auprès du service concerné ;</p> <p>(4) Effectue un premier traitement à travers des logiciels d'application ;</p> <p>(5) Synthétise toutes ces informations pour en faire une base dans un premier temps ;</p> <p>(6) Corrige les incohérences dans un second temps ;</p> <p>(7) Met en place des programmes permettant d'élaborer des statistiques descriptives univariées et bivariées (tableaux de répartition et graphiques) décrivant le profil des cotisants et de dénombrer périodiquement les immatriculés ;</p> <p>(8) Produit les indicateurs statistiques sur les tendances du Régime en matière de consommation de services médicaux et de produits pharmaceutiques ;</p> <p>(9) Observe en permanence le marché et les performances de la CNAS en matière d'équilibre financier des risques ;</p> <p>(10) Etablit un document de synthèse (ensemble des rapports) sur les résultats obtenus avec la description détaillée de tous les tableaux produits ;</p> <p>(11) Organise le document de synthèse sous forme d'annuaire statistique ;</p> <p>(12) Gère à court, moyen et long terme, l'évolution des régimes en vue d'en dégager les grandes tendances ;</p> <p>(13) Conçoit et propose à la Direction Générale les modalités de pilotage du processus de réflexion et de décision stratégique de la CNAS et supervise l'application ;</p> <p>(14) Transmet l'annuaire respectivement au DGA pour</p>

		pré-validation et DG pour validation finale ;
3	<b>DG</b>	(1) Reçoit et valide l'annuaire ; (2) L'impute à ses collaborateurs ; (3) Autorise toute diffusion à l'extérieur de la CNAS

#### IV- LES PRESTATIONS DE SOINS

##### 1- Description générale

Le décret N° 2060/PCMT/PMT/MSPSN/2022 du 28 juillet 2022 portant prestations de soins de santé garanties par la Caisse Nationale d'Assurance Santé a pour objet de définir les paniers de soins des trois régimes de la Couverture Santé Universelle.

Une prestation des soins comprend un ensemble d'actes de médecine, de biologie et d'imagerie, de fourniture de médicaments et d'intrants médicaux, de services spécifiques nécessaires à la prise en charge d'un épisode de maladie. La prestation est fournie aux bénéficiaires selon les catégories de soins suivantes :

- Soins ambulatoires ;
- Soins hospitaliers.

Les actes de médecine, de biologie et d'imagerie comprennent :

- Les consultations de médecine générale et de spécialité médicale ;
- Les consultations et soins des urgences médicales, chirurgicales et obstétricales ;
- Les soins et radiologie buccodentaires ;
- Les soins et examens d'ophtalmologie ;
- Les actes des petites chirurgies tels que les sutures ou les poses de plâtre ;
- Les interventions chirurgicales des pathologies couvertes par les régimes de la Couverture Santé Universelle ;
- Les accouchements par voie basse et césariennes ;
- La transfusion sanguine ;
- Les examens de biologie médicale ;
- Les examens d'imagerie médicale.

Un arrêté du Ministre de tutelle détermine les actes de médecine, de biologie et d'imagerie couverts pour chaque régime de la CSU ainsi que leur répartition par catégorie et niveau de soins.

La fourniture des médicaments au titre des régimes de la CSU est effectuée selon la classe thérapeutique des médicaments. La liste des classes thérapeutiques des médicaments, les molécules prises en charge par les régimes de la CSU ainsi que leur répartition par niveau et catégorie de soins, sont fixées par arrêté du Ministre de la Santé.

Les prestations fournies au régime 1 et 2 sont assorties d'un ticket modérateur ne dépassant pas 20% qui représente la part qui reste à la charge de l'assuré.

Les assurés du régime 3 des personnes économiquement démunies, ne supportent aucun ticket modérateur, la totalité des frais de soins étant supportée par l'Etat.

## 2- Information du public et gestion des supports

Afin d'arriver à une utilisation optimale des services de soins par les assurés et une offre de services de qualité par les prestataires, la CNAS a mis en place un dispositif de promotion et d'encadrement des prestations.

Ce dispositif commence par la conception et l'édition des supports de gestion des prestations et de communication sur les services offerts. Après cette étape, interviennent les activités d'information et de sensibilisation des prestataires et assurés en préalable à la prise en charge. En ce qui concerne les prestataires de soins de santé, le Service en charge d'Information et de Gestion de Support de la Direction des Prestations Santé doit informer et sensibiliser ces professionnels sur les différents processus de remboursement, les règles et les réglementations en vigueur dans le domaine des prestations santé. Il doit également les informer sur les critères d'éligibilité des patients à certaines prestations et les aider à comprendre les procédures de facturation et de remboursement.

Pour ce qui est des assurés, le Service a pour mission d'accueillir les personnes qui se présentent pour des demandes d'informations ou d'orientation dans le domaine des prestations santé. Il doit les renseigner sur leurs droits et leurs possibilités de remboursement, les informer sur les démarches administratives à suivre et les aider à comprendre les dispositifs en place.

En outre, le service à la charge de vérifier l'exactitude des codes d'identification CNAS des prestataires de soins, de diligenter les demandes d'accord préalables et d'assurer le suivi régulier du traitement de l'information relative aux feuilles de soins et des bordereaux de liquidation, ainsi que la gestion et la planification des dotations des prestataires de soins en supports ;

Pour améliorer la prestation des soins le service d'information et de gestion de support veille à identifier et satisfaire les besoins en formation des prestataires de soins. Il contribue à la collecte d'informations et à la détection de fraudes éventuelles et collabore étroitement avec les autres services impliqués dans la prévention, la détection et la répression de la fraude liée aux prestations santé.

En résumé, le Service d'Information et de Gestion de Support de la Direction des Prestations Santé joue un rôle crucial dans la communication, la sensibilisation et l'orientation des prestataires de soins de santé et des assurés.

## 3- Prestation des soins

### A- 3.1 Demande de Prise en Charge

La prise en charge d'un assuré commence tout d'abord par le premier contact de l'assuré aux services de santé couverts avec sa carte d'assuré. L'accès aux prestations du panier de soins s'effectue obligatoirement au premier niveau de soins. Le bénéfice des prestations aux niveaux supérieur est subordonné à la délivrance d'une référence médicale. Ce principe ne s'applique pas dans le cas d'urgence médicale, chirurgicale, obstétricale ou traumatologique, les consultations de soins dentaire, consultation et soins ophtalmologique. Les conditions

d'application de cette dérogation sont fixées dans les conventions signées entre la CNAS et les prestataires des soins.

Les prestations de soins de santé définies dans les paniers de soins ne sont admises à la prise en charge par les différents régimes de la CSU que si elles obéissent aux normes références et schémas thérapeutiques en vigueur et font l'objet de codification dans la nomenclature générale des actes des professionnels de santé adoptée par le Ministère en charge de la santé.

Les prestations garanties contenues dans le panier de soins des régimes de la CSU sont délivrées par des prestataires de soins accrédités et ayant signés une convention avec la CNAS.

L'assuré des régimes 1 et 2 règle sous forme de ticket modérateur ou co-paiement, la différence entre le coût effectif de la prestation et le montant payé par la CNAS. Alors que l'assuré du régime 3 est exonéré du ticket modérateur. Le niveau de co-paiement est fixé par prestation ou par catégorie de prestations par un arrêté du Ministre en charge de la santé. Par la suite le patient assuré reçoit tous les soins possibles.

Après avoir fourni les soins, les prestataires de soins soumettent des demandes de remboursement à la Caisse Nationale d'Assurance Santé, qui les examine et les traite en conséquence.



## B- Entente Préalable

Pour être remboursés ou pris en charge, certains actes et dispositifs médicaux nécessitent avant leur exécution, une entente préalable auprès de la CNAS. Également, un contrôle médical est exigé à la suite du dépôt d'une telle demande, dont l'issue peut être :

- Un avis favorable portant les quantités et le délai d'exécution accordés ;
- Un avis défavorable portant le motif de rejet ;
- Un avis de complément d'information.

Les prestations suivantes sont subordonnées à l'accord préalable de la CNAS :

- Les dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux compte tenu de la nature de la maladie ou de l'accident ;
- L'appareillage correctif ou substitutif ;
- Les soins bucco-dentaires ;
- Les produits pharmaceutiques de spécialité ne figurant pas sur la liste des médicaments agréés ;
- La réalisation d'actes paramédicaux particuliers ;
- Les actes de médecine traditionnelle homologués conformément aux textes en vigueur ;
- Les visites médicales à domicile.

La liste de ces prestations ainsi que la liste détaillée des actes, examen de biologie et d'imagerie nécessitant un accord préalable sont déterminées par décision de l'Autorité de régulation de la CSU. Ces listes sont renouvelées tous les trois (03) ans.

### C- Demande d'ouverture d'ALD

Lorsqu'un bénéficiaire est atteint d'une maladie à longue durée, invalidante ou nécessitant des soins particulièrement coûteux, la CNAS continue la prise en charge des prestations de soins de santé à ces personnes conformément aux modalités de prise en charge selon les régimes., pour autant que cette maladie figure dans le panier des soins. Dans certains cas, une demande d'ouverture d'ALD est à présenter par le bénéficiaire potentiel pour les affections de longue durée afin d'être identifié et d'obtenir éventuellement l'exonération partielle ou totale du ticket modérateur dans les régimes 1 et 2. Dans un tel cas, il y a constitution d'un dossier médical justifiant l'affection, et un contrôle médical physique. L'issue d'une telle requête peut être :

- Un avis favorable ouvrant le droit à l'ALD ;
- Un avis défavorable portant le motif de rejet ;
- Une demande de complément d'information.

Un arrêté /une circulaire du Ministre en charge de la santé déterminera la liste et les modalités de prise en charge des Affections de Longue Durée (ALD).

### D- Règlement d'un prestataire de soins

Pour tout paiement des frais de prestations, un dossier de demande de remboursement doit être adressé au Directeur Général de la CNAS par la Formation Sanitaire.

Ce dossier est composé des éléments suivants :

- La demande de remboursement précisant la période de facturation et le montant total de la facture. Elle doit être signée par le premier responsable de formation sanitaire et le président du COGES pour le CS. Pour les Hôpitaux de district, le Médecin Chef de l'hôpital et le gestionnaire de l'hôpital ;
- La facture du prestataire comportant les éléments obligatoires suivants :
  - Les identifiants du prestataire ;
  - Le numéro d'ordre ;
  - La période de facturation ;
  - Tableaux comportant la liste des prestations, les bénéficiaires (nom, prénoms et identifiant) le montant par prestations et montant total de la facture.
  - Signatures de deux (2) personnes (Gestionnaire et MCH, pour les HD et RCS et Président de COGES pour les CS, Responsable de la pharmacie et son gestionnaire pour les pharmacies) ;
  - Le bordereau d'envoi précisant la facture et son montant, le nombre de pièces. Il doit être signé par le Point Focal ;
  - Le Rapport de vérification du Point Focal et MCD.

Les demandes de remboursement sont mensuelles pour les hôpitaux, Centres de Santé, Centre de Santé Communautaires, et toutes les pharmacies.

La procédure des demandes de remboursement comprend trois (3) tâches :

- - Le contrôle du dossier de demande de remboursement des frais de prestations ;
- - La saisie du dossier dans le logiciel et génération de la feuille de liquidation ;
- - Et le paiement des frais de prestations.

Le traitement des dossiers de demande de remboursement de prestations des soins à la CNAS passe par un contrôle avant de procéder au paiement (cf. la fonction contrôle médical et lutte anti-fraude).

Le Directeur des Prestations de santé reçoit le dossier de demande de remboursement, enregistre dans son tableau de suivi pour des besoins statistiques, vérifie et traite le dossier et par la suite il impute au **Chef Service Traitement et Suivi des Prestations** qui après traitement, vérifie la conformité des supports administratifs accompagnant le dossier en donnant son avis technique à travers une note à la Direction dans les 48 heures qui suivent la réception du dossier et impute le dossier à la direction du contrôle médical et de la lutte contre la fraude pour contrôle. Elle vérifie feuille par feuille les supports des soins et les coûts de chaque prestation puis retourne le dossier au **Chef Service Traitement et Suivi des Prestations** avec les éventuelles anomalies relevées.

Une fois les anomalies analysées, le **Chef Service Traitement et Suivi des Prestations** prépare un projet d'avis technique de rejet si le dossier doit être rejeté et transmet le dossier avec le projet d'avis technique au Directeur des Prestations de Santé qui va transmettre le dossier au Chef de Service Saisie des dossiers de prestations s'il est bon.

Une fois le dossier contrôlé avec le projet d'avis technique, le Directeur des prestations de santé analyse les anomalies relevées, valide l'avis technique de rejet et transmet le dossier au Directeur Général avec l'avis technique de rejet que la Direction Générale va renvoyer dans les 30 jours suivant la réception, le dossier à la Formation Sanitaire.

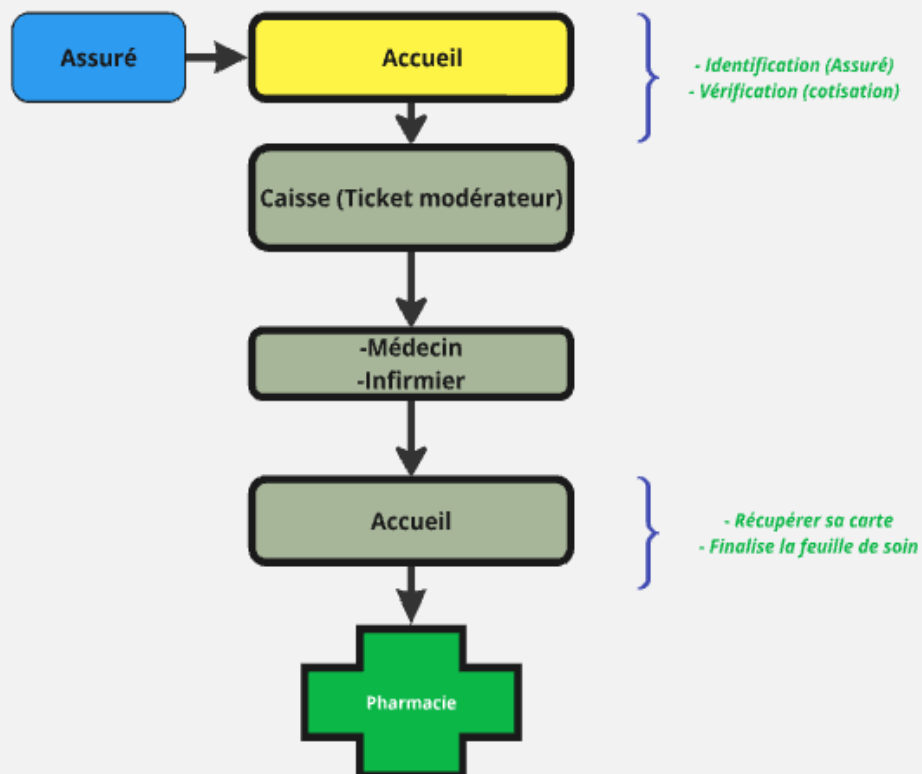
Concernant le dossier validé, le Chef de Service Saisie des dossiers de prestations, procède à la saisie du dossier dans le logiciel de traitement, Il génère la feuille de la liquidation et la transmet au **Chef Service Traitement et Suivi des Prestations** qui vise la feuille après vérification et la transmet au Directeur des Prestations de santé pour signature. Le Directeur des Prestations de santé reçoit la feuille de liquidation visée, signe la feuille après vérification et transmet la feuille de liquidation signée, accompagnée du dossier de demande de remboursement des frais de prestation au Directeur Financier et Comptable pour engagement, liquidation et ordonnancement de la dépense.

Tableau résumant le processus de mise en œuvre de la prestation

Fait générateur de la tâche	ACTEURS	Tâches à effectuer
	Bénéficiaires	✓ Se présente au niveau du guichet du centre de santé muni de sa carte en cours de validité.
	Agent de guichet	✓ Procède au contrôle de l'identité de la personne, la validité de la carte individuelle ainsi qu'être à jour de ses cotisations ;
	Bénéficiaire	✓ Se présente au niveau du prestataire pour bénéficier des soins.
	Prestataire	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assure le diagnostic et le traitement appropriés,</li> <li>✓ Prend en charge,</li> <li>✓ Etablit l'attestation de soins.</li> </ul>
	Bénéficiaire	✓ S'acquitte de la quote-part du montant de la prestation (ticket modérateur).

En cas de référence	Prestataire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oriente le patient vers une formation sanitaire de niveau (2) ou (3) via un bulletin de référence que le patient doit présenter à son arrivée ;</li> <li>- En cas d'hospitalisation, le médecin établit un certificat d'hospitalisation précisant le motif et la durée du séjour, soumis à l'accord du médecin-conseil ;</li> <li>- Pour les examens de biologie et d'imagerie, le praticien délivre un bulletin précisant les examens demandés et leurs motifs ;</li> <li>- Une feuille de soins est délivrée à l'assuré après présentation de sa carte après vérification.</li> </ul>
	Bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ S'acquitte de la quote-part du montant de la prestation (ticket modérateur).</li> </ul>
	Prestataire (A la fin du mois	Soumet les feuilles de soins et les bordereaux de transmission aux points focaux de chaque district
	Les points focaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Réceptionne la facture et transcrit les feuilles des soins physiques en version électronique ;</li> <li>➤ envoi à la Direction du contrôle médical et lutte contre la fraude pour</li> </ul>

		<p>contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas d'irrégularités constatées, la direction de contrôle médicale établit une note motivée de rejet de la facture ,</li> </ul> <p>➤ transmet à la direction de des prestations de santé qui à son tour renvoie la facture et la note de rejet au prestataire pour correction,</p>
--	--	--



### E- 3.5 La montée en charge des régimes

Le déploiement des régimes de la CSU se fera sur la base de l'effectif de la population tchadienne estimée à 17 958 641 habitants en 2022. De cet effectif 11% soit 1 972 796 constituent la population du régime 1 à couvrir, 20% soit 3 591 728 constituent celle du régime 3 à couvrir et 69% soit 12 394 117 pour le régime 2. La population des sept (7) provinces de démarrage est estimée à 7 710 364 habitants représentant 40% de la population total du Tchad la même période.

La première phase du déploiement concernera les populations des sept (7) districts des sept (7) provinces de démarrage en l'an 1 du plan. Les taux de couverture seront respectivement de 20%, 1% et 2% pour les régimes 1, 2 et 3. Ce qui fait une couverture 3% de la population total du Tchad soit au total 648 285 personnes.

En année 2, le déploiement couvrira les restes des districts fonctionnels des provinces de démarrage précitées. Les taux de couverture seront de 50% pour le régime 1, 1% pour le régime 2 et 43% pour le régime 3 soit au total 2 942 219 personnes (15% de la population totale).

Pour l'année 3, au total 27% de la population du Tchad soit 5 543 540 personnes seront couvertes. On envisage couvrir 100% de la population du régime 1, 4% de celle du régime 2 et 66% de la population du régime 3. Le déploiement territorial concernera les six (6) autres provinces des 16 restantes.

Les années 4 et 5 verront la couverture des assurés des régimes 1 et 3 à 100% tandis que le régime 2 sera couvert respectivement à 5% et 6%. La population totale couverte sera de 7 347 920 en année 4 et 7 757 420 la 5<sup>ème</sup> année soit 34% et 35% de la population du Tchad. On espère couvrir toutes les 23 provinces du Tchad avec la couverture des dix (10) provinces restantes à l'année 4.

La première phase du déploiement, qui sera évaluée en l'année 3, servira de test pour toute une série de problèmes : procédures d'affiliation, collecte des cotisations, accréditation/contractualisation des FOSA, gestion et le paiement des prestations, disponibilité des soins, efficacité des OGD retenus, gestion des risques, etc. il sera pertinent que cette phase dure trois ans. Au bout de l'année 3, on aura couvert toute la population pilote marquant la fin de la période test. Une fois les ajustements utiles faits, que l'on procédera à la seconde phase de déploiement dans 16 autres provinces en commençant par celles (au nombre de six (6)) dont l'offre de soins est jugée la plus complète. Il conviendrait de rappeler que les provinces n'ont pas le même niveau d'offre de soins d'après la Carte sanitaire.

## V- LA FONCTION DU CONTRÔLE MEDICAL ET DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

### 1- Présentation de la Direction du contrôle médicale et de la lutte contre la fraude

#### A- Structuration :

La Direction du Contrôle Médical et de la Lutte contre la Fraude comprend un Secrétariat et deux (02) services :

- Un service Conventionnement, Normes et Maîtrise des Coûts ;
- Un service Contrôle Médical des Établissements.

La direction est placée sous l'autorité d'un directeur et les deux services sont dirigés par un chef de service secondé d'un adjoint.

### **B- Responsabilités :**

Les responsabilités de la direction du contrôle médicale et de la lutte contre la fraude sont :

- Assurer et jouer un rôle de contrôle et de conseil à l'égard des praticiens, des établissements de santé et des assurés ;
- Diriger et organiser l'activité des praticiens contrôleurs ;
- Réaliser des études et donner des avis médicaux pour l'octroi des prestations sanitaires ;
- Œuvrer pour la maîtrise des dépenses de santé et pour une meilleure utilisation de l'offre de santé ;
- Faire appliquer les conventions, les normes et veiller à la maîtrise des coûts ;
- Appuyer les structures sanitaires conventionnées dans la prise en charge des assurés ;
- Contribuer à la normalisation et veiller à la qualité des soins des structures sanitaires conventionnées ;
- Susciter les études et les recherches concernant la gestion des prestations sanitaires ;
- Alimenter le tableau de bord par les indicateurs de suivi de l'activité médicale ;
- Effectuer les contrôles médicaux des établissements conventionnés ;
- Contribuer à la politique de prévention et de promotion de la santé.
- Organiser la lutte contre la fraude ;
- Contribuer aux côtés de la Direction du Système d'Information à l'élaboration de bases de données ;

### **C- Fonctions et procédures :**

La direction du contrôle médical et de la lutte contre la fraude est l'une des six directions centrales de la CNAS qui a deux fonctions essentielles : le contrôle médical et la lutte contre la fraude.

### **D- Le contrôle médical**

Le contrôle médical est une activité qui se fait sur la base de référentiels et critères définis au préalable afin de garantir la qualité des soins, l'exactitude des facturations et la conformité avec les politiques de l'assurance santé.

### Les bases du Contrôle Médical

**Transparence et traçabilité** : Chaque étape du processus de vérification et de validation est documentée, informatisée pour assurer la traçabilité et la transparence.

**Conformité aux normes** : Les soins et les facturations doivent respecter les protocoles médicaux, normes et les conditions fixées par la CNAS.

**Formation continue** : La supervision formative permet d'améliorer en continu les plateaux techniques, les pratiques médicales et administratives...

**Collaboration** : Une coordination efficace entre le service contrôle médical des établissements, MCD, MC, Points Focaux, animateurs et autres acteurs clés est essentielle pour un contrôle médical rigoureux.

### E- Gestion des feuilles de soins et des Factures

#### Vérification initiale par les points focaux

Etape	Intervenant	Procédure	Description
1	<b>Formations Sanitaires (FOSA)</b>	<b>Collecte des attestations</b>	Les FOSA (Centres de Santé (CS), Hôpitaux de District (HD), Centre Hospitalier Régionaux, Centre Hospitalier Universitaire...) soumettent les feuilles de soins pour la période et le bordereau de transmission aux points focaux.
2	<b>Points Focaux</b>	<b>Examen des dossiers</b>	Le point focal examine (vérifie la conformité des soins et les conditions de l'assurance) et transcrit les feuilles de soins et les factures dégradées en version électronique.
3	<b>Points Focaux</b>	<b>Rapport de vérification</b>	Après vérification et transcription, le point focal rédige un rapport détaillé et toute observation pertinente. Ce rapport médical est partagé avec le Médecin chef du District

4	<b>Points Focaux</b>	<b>Transmission des dossiers</b>	L'équipe de la CNAS (point focal) transmettent au niveau central les feuilles de soins et factures validées.
5	<b>DCM et MC</b>	<b>Supervision</b>	elle est organisée par la direction du contrôle médical et le Médecin conseil de la CNAS.
6	<b>SCM</b>	<b>Revue des rapports et des dossiers</b>	La direction du contrôle médical effectue une dernière vérification administrative et médicale des dossiers et étudie les rapports de vérification des points focaux transmis.
7	<b>DCM</b>	<b>Validation</b>	La direction valide les dossiers ou demande des clarifications supplémentaires au point focal. Elle s'assure que les soins facturés correspondent aux prestations réellement fournies et respectent les standards établis

## F- Supervision et Audit

### Supervision formative mensuelle

- **Visites régulières** : L'équipe de la CNAS effectue des visites de supervision mensuelles dans les CS et HD pour s'assurer de la conformité continue des pratiques médicales et administratives.
- **Formation continue** : Les visites incluent une composante formative pour aider le personnel médical à maintenir et améliorer la qualité des soins.

### Audits périodiques

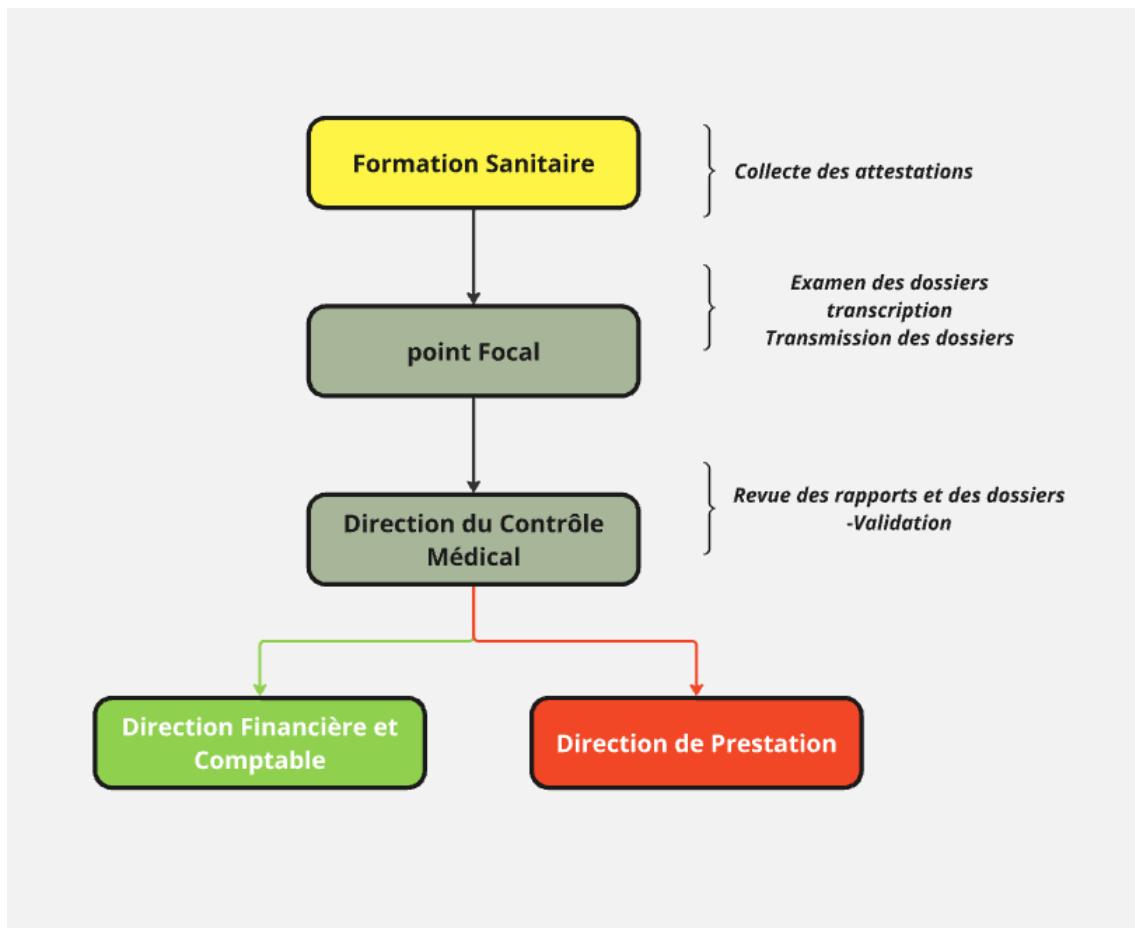
- **Audits trimestriels** : L'équipe de la CNAS organise des audits trimestriels pour évaluer les pratiques de vérification, la qualité des soins et la conformité des facturations.
- **Comité de suivi** : Les résultats des audits sont discutés lors des réunions du comité de suivi de la contractualisation, qui inclut divers acteurs (Délégué Sanitaire Provincial, l'équipe de la CNAS, responsables des CS, représentants des COSAN/COGES, animateurs et Points Focaux...).

La direction aura en charge de :

- Adapter en permanence l'ensemble des référentiels sanitaires que la convention impose aux professionnels et établissements sanitaires notamment sur le plan de l'hygiène, des diplômes, de la disponibilité des médicaments ou des appareils et de la qualité des plateaux techniques ;
- Veiller à l'application des tarifs conventionnels par les prestataires de soins ;
- Veiller à la maîtrise des coûts.
- Vérifier sur site les éléments techniques des dossiers de conventionnement ;
- S'assurer du respect, par les établissements sanitaires, des normes édictées ;
- Proposer les orientations en matière d'assurance maladie ;
- Assurer les expertises médicales.
- Évaluer la qualité des soins dispensés aux assurés.
- Suivre les cas de fraude et en éviter la survenance.

Le contrôle médical exige la réalisation d'un état de lieux des établissements des soins au regard des référentiels avant la signature des conventions. Au cours de la mise en œuvre, des évaluations périodiques trimestrielles seront faites par les points focaux des districts sous la supervision du chef de service Conventionnement, Normes et Maîtrise des Coûts en utilisant une grille d'évaluation par niveau de soins.

En résumé, le contrôle médical au niveau de la CNAS implique un certain nombre de vérifications systématiques et régulières, assurées par l'équipe de la CNAS et le MCD et supervisées par le MC, avec des audits périodiques et une gestion rigoureuse des factures et paiements. Ce processus garantit la qualité des soins produits, que les facturations sont cohérentes et que les fonds de l'assurance sont utilisés de manière efficace et transparente.



## 2- La lutte contre la fraude

### A- Définition et mécanismes de fraude

La fraude au niveau de la Caisse Nationale de l'Assurance santé (CNAS) est toute action intentionnelle visant à obtenir des prestations, des remboursements ou des avantages indus de la part du système de santé, ou à échapper aux cotisations sociales. Ces actions peuvent être menées par des assurés, des professionnels de santé, les employeurs ou des établissements de soins. A ces catégories correspondent différents mécanismes de fraude.

- **La fraude des assurés :**

**Usurpation d'identité :** Utiliser la carte vitale d'une autre personne.

**Présentation des Faux documents :** Fausse information ou des documents falsifiés pour obtenir des remboursements ou des allocations (ordonnances, feuilles de soins, certificats médicaux).

**Remboursements :** Demander à plusieurs reprises le remboursement pour une même prestation de santé.

- **Fraude des professionnels de santé :**

**Facturations fictives :** Facturer des actes médicaux non effectués ou qui n'ont pas été réalisés.

**Surfacturation :** Facturer des actes plus chers ou réaliser des actes non nécessaires.

**Détournement de prescriptions :** Prescrire des médicaments ou des soins qui ne sont pas nécessaires dans le but de toucher des avantages des laboratoires pharmaceutiques.

- **Fraude des établissements de soins :**

**Falsification de dossiers médicaux :** Modifier les dossiers médicaux pour faire apparaître des actes non réalisés.

**Usurpation d'identité des patients :** Utiliser les informations de patients sans leur consentement pour obtenir des remboursements.

- **Fraude des pharmaciens :**

**Détournement de médicaments :** Délivrer des médicaments non prescrits par le médecin ou délivrer moins de médicaments que ceux facturés.

- **Fraude des employeurs :** la fraude se manifeste par la non-déclarations des employés ou la totalité des heures travaillées.

La CNAS dispose de divers mécanismes de contrôle et de prévention pour détecter et contrer la fraude. Cela inclut l'analyse des données, les inspections sur site, les contrôles aléatoires, ainsi que la collaboration avec d'autres organismes de sécurité sociale et les forces de l'ordre. La lutte contre la fraude est essentielle pour garantir l'équité du système de santé et pour s'assurer que les ressources sont utilisées à bon escient pour ceux qui en ont réellement besoin.

## **B- Les procédures de lutte contre la fraude au niveau de la CNAS**

Les procédures de lutte contre la fraude au niveau de la CNAS (Caisse Nationale d'Assurance Santé) doivent être clairement définies pour assurer une prévention, détection, investigation et sanction efficaces des actes frauduleux. Les moyens de lutte contre la fraude doivent être adaptés aux mécanismes ci haut et repartis en moyens préventifs et de correction.

Etape	Procédure	Description
<b>Prévention:</b> Sensibilisation et Formation	<b>Formation du Personnel</b>	Organiser des sessions de formation régulières pour les employés de la CNAS sur les types de fraude, les indicateurs de fraude, et les procédures de signalement.
	<b>Campagnes de Sensibilisation</b>	Lancer des campagnes d'information destinées aux assurés et aux prestataires de soins pour les informer des conséquences légales et financières de la fraude.
	<b>Mise en Place de Politiques Antifraude</b>	Élaborer et diffuser des politiques claires contre la fraude, accessibles à tous les employés et partenaires.
Renforcement des Contrôles Internes	<b>Contrôles Préventifs</b>	Mettre en place des vérifications systématiques des demandes de remboursement et des prestations fournies.
	<b>Sécurisation des Systèmes Informatiques</b>	Utiliser des technologies de pointe pour sécuriser les systèmes d'information et prévenir les accès non autorisés.
<b>Détection:</b> Outils et Technologies de Détection	<b>Systèmes d'Information</b>	Déployer des logiciels d'analyse de données pour identifier des anomalies et des comportements suspects dans les demandes de remboursement
	<b>Data Mining</b>	Utiliser des techniques de fouille de données pour détecter des modèles de fraude potentiels
	<b>Vérifications Aléatoires</b>	Réaliser des audits et des contrôles aléatoires des dossiers médicaux et des transactions financières.
Signalement de la Fraude	<b>Canaux de Signalement</b>	Mettre en place des lignes de dénonciation confidentielles et sécurisées pour que les employés et les assurés puissent signaler des fraudes suspectées.

	<b>Encouragement au Signalement</b>	Offrir des incitations ou des protections pour les lanceurs d’alerte afin de favoriser la dénonciation des fraudes.
<b>Investigation:</b> Lancement de l’Enquête	<b>Critères de Déclenchement</b>	Définir des critères clairs pour l'ouverture d'une enquête suite à la détection de signes de fraude.
	<b>Constitution d’une Équipe d’Enquête</b>	Former une équipe d'investigation spécialisée avec des compétences en finance, droit, et informatique.
Collecte et Analyse des Preuves	<b>Collecte des Données</b>	Rassembler toutes les preuves nécessaires, y compris les dossiers médicaux, les documents financiers, et les témoignages.
	<b>Analyse Forensique</b>	Utiliser des techniques d'analyse forensique pour examiner les preuves numériques et financières.
Documentation et Rapport	<b>Rapport d’Enquête</b>	Rédiger un rapport détaillé des résultats de l'enquête, incluant les preuves trouvées et les conclusions tirées.
	<b>Documentation Officielle</b>	Assurer que toutes les étapes de l'enquête sont bien documentées pour une transparence totale.
<b>Sanction:</b> Mesures Administratives	<b>Suspension des Prestations</b>	Suspendre immédiatement les prestations suspectes et les remboursements en cours.
	<b>Résiliation de Contrats</b>	Annuler les contrats avec les prestataires de soins impliqués dans des activités frauduleuses.
Sanctions Pénales	<b>Dépôt de Plainte</b>	Porter plainte auprès des autorités judiciaires compétentes contre les fraudeurs identifiés.
	<b>Coopération Judiciaire</b>	Collaborer étroitement avec les autorités pour assurer la poursuite judiciaire des cas de fraude.
Recouvrement des Fonds	<b>Procédures de Recouvrement</b>	Mettre en place des procédures pour récupérer les sommes indûment versées, y compris par le biais de la saisie des biens des fraudeurs.

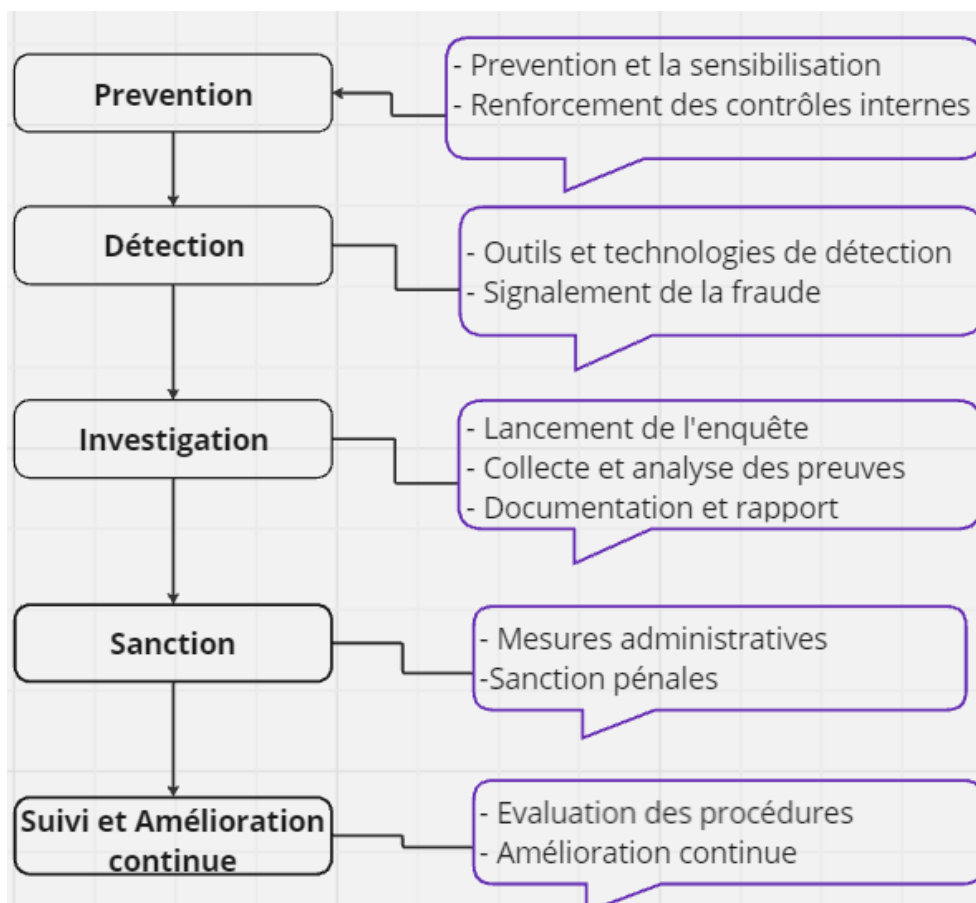
## C- Suivi et Amélioration Continue

### Évaluation des Procédures

- **Audit Interne** : Réaliser des audits internes réguliers pour évaluer l'efficacité des procédures de lutte contre la fraude.
- **Indicateurs de Performance** : Suivre des indicateurs de performance pour mesurer l'efficacité des actions antifraude.

### Amélioration Continue

- **Retour d'Expérience** : Utiliser les retours d'expérience des enquêtes passées pour améliorer les procédures et les systèmes.
- **Mise à Jour des Politiques** : Mettre régulièrement à jour les politiques et les procédures en fonction des nouvelles tendances de fraude et des évolutions réglementaires.



## VI- GESTION FINANCIERE, COMPTABLE ET BUDGETAIRE

### 1- La Direction Financière et Comptable

La Direction Financière et Comptable est placée sous l'autorité d'un Directeur Financier et Comptable.

Par ailleurs un Comptable Public est placé sous l'autorité du Directeur Général et du Directeur Général Adjoint de la CNAS. Ayant rang d'un Chef de Service, il est nommé par un arrêté interministériel signé du Ministère de la Santé Publique et du Ministère des Finances, du Budget, de l'Économie et du Plan. Il s'occupe de manquement des fonds publics en sa qualité de représentant du MFBEP dans le système financier de la CNAS.

De manière globale, la Direction Financière et Comptable est chargée de :

- Prendre en charge et recouvrer les ordres de recettes émis par l'ordonnateur ;
- Percevoir les droits au comptant et encaisser les recettes de toute nature que la CNAS est habilitée à percevoir ;
- Traiter avec diligence la rentrée de toutes les ressources de la CNAS et avertir l'ordonnateur de l'expiration des baux, d'empêcher les prescriptions ;
- Contrôler la mise en recouvrement des créances de la CNAS, la régularité des réductions et les annulations des ordres de recettes ;
- Payer les dépenses, soit sur ordre émanant de l'ordonnateur, soit au vu de titres présentés par les créanciers, ainsi que de la suite à donner aux oppositions et autres significations.

Lors des paiements, vérifier :

- La qualité de l'ordonnateur ou de son délégué ;
- La disponibilité des crédits ;
- L'exacte imputation des dépenses aux chapitres qu'elles concernent selon leur nature ou leur objet ;
- La validité de la créance, c'est-à-dire la justification du service fait, l'exactitude des calculs de liquidation, l'intervention préalable des contrôles réglementaires et la production des justifications ;
- Le caractère libératoire du règlement ;
- L'application des règles de prescription ;
- L'existence du visa du contrôle financier, chaque fois qu'il est requis.
- Garder et conserver les fonds et valeurs de la CNAS ;
- Manier les fonds et faire le mouvement de comptes ;
- Tenir la comptabilité générale, la comptabilité matières et la comptabilité analytique ;
- Conserver les pièces justificatives des opérations et des documents de comptabilité ;
- Etablir les états financiers de la CNAS pour l'exercice écoulé, les faire viser par le Directeur Général, les faire certifier par le commissaire aux comptes et les faire adopter par le Conseil d'Administration de la CNAS.

## 2- La composition de Direction Financière et Comptable

La Direction Financière et Comptable comprend un Secrétariat et trois (03) services :

- Le Service Comptabilité ;
- Le Service Finances et Trésorerie ;
- Le Service Etudes, Elaboration et Exécution Budgétaire.

### A- Le Service Comptabilité

Placé sous l'autorité d'un Chef de Service assisté d'un Chef de Service Adjoint, est chargé de :

- Enregistrer les opérations financières et comptables de la CNAS ;
- Centraliser la comptabilité ;
- Traiter, vérifier la conformité et classer les pièces comptables ;
- Codifier et enregistrer les pièces comptables ;
- Tenir les journaux de caisse et de banque de la CNAS ;
- Mettre à jour le fichier des immobilisations et des biens d'équipements de la CNAS ;
- Assurer la gestion des stocks de fournitures et consommables de bureau ;
- Élaborer les états financiers ;
- Traiter et analyser les informations relatives au budget ;
- Traiter et analyser les comptes analytiques ;
- Tenir à jour les supports de gestion des biens ;
- Tenir l'inventaire des biens.

### B- Le Service de Trésorerie

- Placé sous l'autorité d'un Chef de Service assisté d'un Chef de Service Adjoint, est chargé de :
- Suivre la trésorerie et la justification de tous les mouvements en dépenses
- Encaisser les sommes destinées à la CNAS ;
- Recevoir, vérifier et payer les propositions de règlement de dépenses ;
- Établir l'état de rapprochement bancaire ;
- Tenir les supports relatifs aux opérations de caisse et de banque ;
- Élaborer un plan de trésorerie.

### C- Le Service d'Etudes, d'Elaboration et d'Exécution budgétaire

Placé sous l'autorité d'un Chef de service, est chargé de :

- Planifier et coordonner l'élaboration du budget ;
- Diligenter des études économiques nécessaires dans le but d'améliorer les performances et les résultats en termes budgétaires ;
- Garantir la fiabilité, l'exhaustivité et l'exactitude du budget ;
- Assurer le respect des directives de l'exécution du budget ;
- Elaborer les comptes administratifs et les états d'exécution budgétaires ;
- Elaborer les plans et programmes d'activités annuels de la CNAS ;

- Évaluer les propositions de budget dans le cadre du processus de préparation du budget ;
- Procéder à l'engagement et au mandatement des dépenses ;
- Elaborer, en lien avec la DFC, des plans annuels d'investissement ;
- Assurer le suivi des engagements.
- Produire des rapports d'activités ;
- Effectuer les engagements et les mandatements des dépenses et des ressources ;
- Alerter le Directeur sur les dépassements budgétaires ;
- Élaborer des rapports périodiques d'exécution du budget ;
- Procéder à la liquidation des dépenses avant mandatement ;
- Vérifier la régularité des dépenses et des paiements.

### 3- La gestion budgétaire

#### A- Généralités

Le budget est l'ensemble des prévisions des recettes et des dépenses autorisées pour une année donnée. C'est la traduction financière des activités de la CNAS.

La gestion budgétaire vise à :

- Confectionner un budget réaliste répondant aux activités de la CNAS ;
- Assurer la maîtrise des dépenses en vue d'éviter les dépassements budgétaires ;
- Mettre à jour le budget pour tenir compte de l'évolution réelle des activités sur le terrain.

La gestion budgétaire consiste à établir les prévisions budgétaires et procéder à la réalisation et ensuite faire un contrôle permettant de déceler les écarts éventuels entre les prévisions et les réalisations :

Le contrôle budgétaire exige trois séries d'interventions :

- Pour la prévision, l'établissement d'un programme d'activité et d'un budget précis en vue d'atteindre dans un délai déterminé, un résultat donné ;
- Au cours de l'exécution, l'étude systématique et permanente des perturbations susceptibles de modifier les prévisions du programme d'activité ;
- Périodiquement, opérer des ajustements nécessaires pour atteindre l'objectif défini, en dépit des variations intervenues dans les facteurs de décisions.

Le budget annuel global élaboré par la Direction Générale et approuvé par le Conseil d'Administration de la CNAS comprend :

- des recettes propres (fonds propres) comprenant toutes les cotisations que la CNAS est autorisée à percevoir en vertu des missions qui lui sont confiées, ainsi que d'autres recettes éventuelles ;

- Des subventions reçues de l'Etat (Contributions financières) ;
- Des dons et subventions reçues des Partenaires Techniques et Financiers ;
- Des recettes affectées en vue de financer des dépenses spécifiques.
- Des dépenses de la CNAS qui comprennent les dépenses techniques, de fonctionnement et des dépenses d'investissement ;

Le budget est préparé par la Direction en charge des Finances et de Comptabilité sous la supervision de la Direction Générale et approuvé par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions du programme de travail annuel. Il est soumis aux dispositions de contrôle de l'exécution du budget qui consiste à rechercher d'écart éventuel entre les prévisions et les réalisations afin prendre des dispositions d'ajustement.

Les qualités requises pour un bon contrôle budgétaire sont :

**Efficacité** : la recherche des exceptions doit aboutir soit à la constatation d'erreur dans les prévisions, soit à une anomalie dans l'exécution dont il faut déceler les causes ;

**Rapidité** : un écart constaté risque de s'aggraver si des mesures correctives ne sont pas prises à temps ;

**Fréquence** : les vérifications opérées doivent être effectuées de manière systématique.

Dans la phase d'exécution du budget, La Direction en charge des Finances et Comptabilité effectue un contrôle des lignes budgétaires disponibles avant tout engagement de dépense. A cet effet, il établit une fiche d'engagement pour chaque rubrique budgétaire au moment de l'engagement d'une dépense qu'il soumet à la signature du Directeur Général après avoir visé.

La fiche d'engagement du budget comprend les principales informations-ci-après :

- Date l'engagement ;
- Rubrique budgétaire ;
- Ligne budgétaire ;
- Objet/libelle de l'engagement ;
- Centre de cout concerné par l'engagement ;
- Montant de crédit alloué ;
- Dépenses cumulées au jour l'engagement ;
- Solde de la ligne budgétaire ;
- Signature du Secrétaire Exécutif.
- Visa du Directeur en charge des Finances et Comptabilité ;

## **B- Les principes budgétaires**

*La programmation pluriannuelle des activités :*

Les budgets annuels sont la traduction des activités à exécuter dans le cadre de projets ou d'opérations étalées sur plusieurs années. L'efficacité du processus budgétaire dépendra donc

de la qualité de la programmation de ces activités dans le temps. Cette programmation doit prendre en compte la durée totale de chaque projet ou opération

#### *L'actualisation annuelle des activités*

La budgétisation annuelle est une actualisation annuelle de la programmation à moyen terme rappelé ci-dessus. Ainsi, et à titre d'exemple, si un projet ou opération doit être exécutée par la CNAS sur une durée de trois (3) ans, la programmation des activités doit, au départ, prévoir les dépenses et les recettes globales sur les 3 ans et les répartir ensuite sur chaque exercice budgétaire couvrant la période. La budgétisation consistera ensuite à préciser chaque année le détail des dépenses relevant de l'exercice concerné en tenant compte des écarts constatés entre les prévisions initiales et les réalisations. Cet exercice permet d'actualiser par la même occasion la programmation budgétaire des exercices suivants.

#### *L'évaluation des coûts :*

Les principes budgétaires généraux sont applicables pour chiffrer les dépenses relatives aux activités de la CNAS : unité, universalité, annualité.

### **C- Exécution du budget**

L'exécution du budget consiste en :

- La mise en place du budget,
- L'encaissement des recettes budgétisées,
- L'engagement et le paiement des dépenses budgétisées.

Le personnel d'exécution du budget de la CNAS comprend :

- Le DG qui engage les dépenses ;
- La DFC qui assure le contrôle des dépenses engagées ;

### **D- Mise en place du budget**

Avant tout engagement de dépenses sur le budget approuvé,

- La DFC transmet un exemplaire du budget aux Directeurs Techniques.
- La DFC inscrit dans chaque poste budgétaire figurant au budget les crédits de dépenses autorisés ; pour ce faire, il prépare un bordereau budgétaire et le saisit dans le module budgétaire du progiciel de gestion financière et comptable.
- La DFC édite alors les états budgétaires ventilés aux Directeurs Techniques ; ce sont des documents budgétaires de base de référence pour engager les opérations.

Par ailleurs, Pour le contrôle interne, tous les engagements de dépenses doivent obligatoirement être visés par la DFC qui s'assure de leur conformité au budget. Ce contrôle n'est pas un contrôle d'opportunité de la dépense dont le DG reste le seul juge. Toutefois, la DFC ne peut accorder son visa à un engagement d'une dépense non prévue au budget et/ou pour laquelle les crédits disponibles seraient insuffisants.

## **E- Paiement des dépenses**

Le paiement des dépenses engagées est assuré selon les montants par la DFC.

Aucune dépense ne peut être réglée si la certification du service fait ou de la livraison conforme du bien n'est pas disponible.

La certification des dépenses est du ressort de chaque service de la CNAS en fonction de la nature de la dépense.

## **F- Liquidation des dossiers de prestation**

Le Directeur Financier et Comptable reçoit le dossier avec la feuille de liquidation signée. Il fait engager, liquider et mandater la dépense suivant les procédures financières et transmet tout le dossier à l'Agent Comptable pour paiement.

L'Agent comptable en collaboration avec le Directeur Financier et Comptable procèdent au paiement des frais de prestations liquidés et mandatés aux Formations Sanitaires suivant les procédures financières. Ils enregistrent l'opération dans la comptabilité de la CNAS suivant les procédures comptables.

## **VII- Le Système d'Information Décisionnel**

Le Système d'Information Décisionnel (SID) doit être capable d'assurer quatre fonctions fondamentales : la collecte, l'intégration, la diffusion et la présentation des données. À ces quatre fonctions s'ajoute une fonction d'administration, soit le contrôle du SID lui-même. En vue d'offrir une aide à la décision et de permettre à un décideur d'avoir une vue d'ensemble de tous les processus métiers, comptables et financiers de la CNAS. Ainsi, à travers ce système, le processus de transformation des données et des informations, sera utile pour prendre des décisions stratégiques et opérationnelles et apporter les ajustements nécessaires à la stratégie de la CNAS.

La mise en place de ce système a pour objectifs de :

- Doter la CNAS d'un outil capable d'intégrer dans une même sphère de connaissance, les différents aspects permettant de comprendre la situation de la caisse, de suivre l'évolution des cotisations, le paiement de FOSA dans le cadre du régime AMED et d'aider les prises de décisions adéquates ;
- Analyser la situation à toute échelle : régionale et nationale ;
- Sécuriser la situation financière et anticiper certaines situations ;
- Assurer le pilotage de la performance opérationnelle ;
- Mener des études statistiques ;
- Mener des analyses multidimensionnelles et croisées dynamique.

## VIII- Le Système GED

### 1- Définition

La **GED (gestion électronique des documents)** désigne un **système informatique** permettant d'administrer le processus de gestion documentaire numérique dans une organisation. Ce procédé comprend l'acquisition, l'indexation et le classement, le stockage d'informations, l'accès et la diffusion des documents. Deux appellations sont utilisées en anglais pour la désigner : **DMS** (Document Management System) et **EDM** (Electronic Document Management).

### 2- Fonctionnement

La gestion électronique de document (GED) est un système informatique qui vous permet de gérer le cycle de vie d'un document de sa création à sa destruction.

De manière générale, la GED englobe les éléments suivants :

- Acquisition des documents
- Numérisation des documents
- Indexation et classement des documents
- Stockage des documents
- Gestion des droits d'accès aux informations et distribution
- Gestion des tâches liées aux documents
- Moteur de recherche des documents

Lors du processus de numérisation des documents, une Reconnaissance Optique des Caractères (OCR) est opérée et permet à la solution GED d'identifier les documents au moyen d'un traitement RAD (Reconnaissance Automatique de Documents) et également d'extraire des informations de ces documents au moyen d'un traitement LAD (Lecture Automatique des Documents). Il est également possible de lire les informations contenues dans des codes-barres ou codes QR.

L'indexation consiste à décrire le document afin de le classer correctement et d'en faciliter la recherche ultérieure.

Le classement des documents en GED diffère de l'arborescence largement exploitée sur des systèmes tels que l'explorateur de Microsoft Windows. En effet, tous les documents seront stockés dans la même armoire virtuelle peu importe le type de document.

Deux manières d'exploiter la recherche de documents : la recherche full-text (plein texte) ou la recherche avancée, en fonction du type de contenu et des indexes.

La gestion électronique de documents permet de gérer les accès aux documents pour tous les utilisateurs de la solution. De manière générale, les documents sont accessibles selon le groupe auquel fait partie l'utilisateur. Il est toutefois possible pour vous d'y appliquer des règles plus strictes pour garantir un haut niveau de confidentialité.

Quatre différentes étapes de traitement sont proposées :

- Acquisition des documents

Les factures (Les divers formats à déterminer)

- Reconnaissance automatique des documents

Identifier les différents documents (Facture par type de dépenses...)

- Indexation et classement des documents

Classer les documents par bénéficiaires

- Consultation des documents

Lecture, consultation pour exploitation

### 3- Volumétrie et identification des pics de production

Les volumes et les fréquences de réception des documents doivent également être étudiés afin d'identifier les périodes d'activités les plus chargées pour « **l'atelier ou section de numérisation** ». Ces informations sont essentielles pour prévoir l'équipement nécessaire à l'activité du futur atelier ou section.

#### **A- Les documents électroniques (Les documents provenant des autres SI)**

Certains documents ont déjà fait l'objet d'un traitement et d'une réflexion importante en amont de la GED. Ainsi, une partie de ces documents natifs électroniques pourraient être traités et indexés, alors que les documents papiers seront dématérialisés au moyen de scanners multifonctions. Leur classement et leur recherche se fera via un système d'index qui permet de donner des éléments d'indexation, d'offrir les premières métadonnées et enfin propose un accès direct au document grâce à des liens hypertextuels. L'intelligence Artificielle pourrait aider.

#### **B- Objectifs**

La typologie documentaire permet de bien cerner les besoins avant de se voir proposer une solution appropriée. Elle doit permettre de proposer des modèles d'organisation des dossiers, et de donner de premières pistes pour sa mise en place. La rédaction du cahier des charges a donc donné lieu à une identification des différents critères à prendre en compte pour la mise en place de la GED, à savoir :

- Identification du circuit des documents au moyen de schémas
- Identification de l'état et du format de chaque pièce
- Identification des volumes

- Identification des besoins au niveau de l'indexation

### **C- Identification et préparation des lots à numériser**

Le tri du courrier s'effectuera d'abord selon les directions, et ensuite par lots de documents (selon les différents formats) afin d'optimiser leur traitement. La durée de la préparation des lots et de la numérisation dépendra du nombre de personnes affectées à la tâche ainsi que de l'efficacité du matériel (notamment au niveau de la reconnaissance automatique, de la lecture automatique et de l'OCR).

### **D- Présentation du scénario**

Le scénario retenu est centré sur la numérisation du courrier entrant, il touche donc l'ensemble de l'organisation de la CNAS. Il se décompose en cinq grandes étapes :

#### ***Traitement des documents entrants***

- Réception du courrier entrant ;
- Tri des documents par direction et service ;
- Tri des documents à numériser ;
- Distribution du courrier non numérisé dans les services.

#### ***Numérisation***

- Préparation des documents pour les scanner ;
- Reconnaissance automatique de documents (RAD) ;
- Lecture automatique de documents (LAD) ;
- Intégration dans l'outil de GED.

#### ***Contrôle***

- Intégration définitive des documents dans la GED
- Recherche et consultation des documents dans la GED
- Archivage

La mise en place de la GED concerne donc en priorité les documents opérationnels des directions « cœur de métier » de la CNAS et doit s'étendre aux autres SI des cliniques et centres de santé pour leur prise en charge.

## **IX- LA GESTION DES REFERENTIELS**

Les référentiels constituent un ensemble d'éléments définis au préalable auxquels la caisse se réfère dans la mise en œuvre du dispositif assurantiel. On distingue ainsi les référentiels des actes médicaux, les référentiels des actes de biologie, les référentiels des médicaments, consommables et dispositifs médicaux, les référentiels des pathologies et affections à longue durée et les référentiels des professionnels de santé.

### 1- Référentiel des actes médicaux

Les actes médicaux à considérer sont recensés dans la Nomenclature des Actes, prestations et examens du 1er échelon (Hôpital de District/Centre de Santé) et la Nomenclature des Actes, Prestations et Examens d'analyse laboratoire et imagerie du Niveau Intermédiaire et dernier recours. Cette nomenclature établit la liste, avec leurs codes, leur cotation et une lettre clé, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les professionnels de santé dans la limite de leur compétence.

### 2- Référentiel des actes de biologie

Il répond au même descriptif que le référentiel des actes médicaux

### 3- Référentiel des médicaments, consommables et dispositifs médicaux

Dans l'AMED, seuls les génériques sont autorisés, et ils sont recensés dans la liste des médicaments et consommables de la liste des médicaments essentiels du pays. Ils sont en DCI avec les informations utiles complémentaires comme le dosage, la présentation, la classe thérapeutique.

Pour les régimes ASS et ASI, la liste des médicaments et consommables comprendra en plus des génériques, des médicaments de spécialité dont les critères de sélection sont l'appartenance au domaine public et le coût.

### 4- Le Référentiel des pathologies et ALD

Les affections de longue durée sont définies comme des maladies chroniques, comportant une thérapeutique coûteuse pour laquelle le DAS assure une prise en charge améliorée en termes de taux de couverture et ce pour tous les traitements nécessaires. Les ALD sont assorties chacune d'un taux de prise en charge spécifique conformément aux critères prédéterminés.

### 5- Référentiel des professionnels de santé

Le référentiel des professionnels de santé contient plusieurs catégories de praticiens : les Établissements, médecins, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales, centres d'imagerie...etc. Ces professionnels sont identifiés par un identifiant CNAS. L'objectif du référentiel des professionnels de santé est de : structurer et gérer les informations administratives, juridiques, et techniques des établissements de santé ; faciliter le suivi, l'évaluation, et l'analyse des activités des établissements de santé

Le Référentiel des professionnels de santé est un outil essentiel pour l'organisation, la gestion, et la régulation des prestataires, assurant une cohérence et une transparence dans la prise en charge des patients et le fonctionnement du système de santé.

## 6- Le Référentiel de l'Assuré

Est un système d'information centralisé, utilisé par la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) pour gérer et identifier les assurés sociaux, c'est-à-dire les personnes bénéficiant des services de la sécurité sociale. L'objectif étant : l'identification unique et précise de chaque assuré ; gérer les droits des assurés à bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie ; faciliter le suivi administratif des dossiers des assurés ; permettre l'interopérabilité des systèmes d'information entre les différentes entités de l'Assurance Maladie et les partenaires (professionnels de santé, formations sanitaires, mutuelle, etc.).

Le Référentiel de l'Assuré est un élément central du système de gestion, assurant ainsi la fiabilité et la fluidité des informations nécessaires à la prise en charge et au remboursement des prestations.

### X- SYTEME DE GESTION INTEGEREE DU RCSU - EXIGENCES FONCTIONNELLES ET TECHNIQUES

#### 1- Exigences fonctionnelles

Le prestataire devra fournir un progiciel de gestion intégrée adapté et complété au contexte de la CNAS et Interfacé avec les fonctions supports. Le tableau ci-dessous décrit les fonctionnalités que le progiciel devra offrir.

Au cas ou de Le Soumissionnaire doit aussi renseigner s'il peut fournir ou peut proposer une solution, comporte la fonction demandée ou non selon trois cas :

**Natif** : la fonction existe et ne nécessite pas de d'adaptation ni modification ;

**Adaptatif** : la fonction existe et fait parties de la solution proposée mais nécessite des adaptations légères pour la rendre conforme aux spécificités de la CNAS.

**Spécifique** : la fonction n'existe pas (Non) parmi les fonctionnalités de la solution et doit être développé en spécifique et intégrée à la solution globale.

N°	FONCTIONNALITE	DESCRIPTION	Disponibilité		
			Fonctionnalité		
			Natif	Adaptatif	Non
1	Référentiel	Tous les éléments du référentiel définissant l'assurance maladie universelle doivent être finement gérés par le système en termes d'intégration de données, de saisie, de modification et éventuellement de période de validité. On en cite : <ul style="list-style-type: none"><li>• Référentiel des médicaments</li><li>• Référentiel des actes médicaux</li><li>• Référentiel des actes de biologie</li><li>• Référentiel des dispositifs médicaux</li></ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référentiel des professionnels de santé</li> <li>• Référentiel des tiers payants</li> <li>• Référentiels des maladies et des ALD</li> </ul> <p>Les référentiels doivent pouvoir être intégrés depuis leur format d'origine et soumis à des contrôles avant leur intégration. L'intégration et le contrôle des référentiels seront détaillés lors des ateliers. Le système devra prévoir l'évolution vers la gestion de la nomenclature Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).</p>			
2	<b>Paramétrage</b>	<p>Le système doit offrir un haut niveau de paramétrage. Il doit être notamment aisé de greffer un nouveau type de couverture par une simple opération de paramétrage. Tous les éléments figurant dans les textes législatifs ou autre règle de gestion, susceptible d'évoluer dans le temps, sont à définir comme des paramètres avec une période de validité. L'évolution de ces paramètres est à gérer par des administrateurs fonctionnels. Exemples pour bénéficiaire des prestations, un assuré actif doit justifier de 3 de cotisation précédant le mois concerné. Sont considérés comme membres de la famille à charge : Les enfants à la charge de l'assuré âgé de 21 ans au plus. Cette limite est prorogée jusqu'à 26 ans pour les enfants non mariés poursuivant des études supérieures. Le paramétrage des règles de gestion pour permettre l'évolution de ces règles par les administrateurs fonctionnels.</p> <p>Les changements de paramétrage doivent être historiés avec les références de l'utilisateur qui a effectué le changement et ce quel que soit le nombre et le délai entre deux actions de changement. L'ancienne et la nouvelle valeur sont toutes conservées. Il doit être possible de gérer, en durée, âge, sexe, nombre ou en montant, les limites de consommation par acte ou famille d'actes.</p>			
3	<b>Traçabilité</b>	<p>Le dossier sera tracé lors de sa réception et de toutes les étapes de sa gestion par la fonction traçabilité à prévoir dans la solution. Le système doit journaliser toutes les actions de modification de saisie, de blocage/déblocage, de forçage, de modification du paramétrage et toutes les actions sensibles.</p>			
4	<b>Interopérabilité</b>	<p>Le système doit être interopérable avec le DHIS2 utilisé au MSP, le SI du solde et la base des données de l'ANATS dans le cadre des identifications (NNI).</p>			
5	<b>La gestion des affiliations</b>	<p>Affiliation des Employeurs</p>			

6	<b>La gestion des immatriculations</b>	Immatriculation des assurés et leurs ayants droit au régime. La fonction gère les conflits de double immatriculation.			
7	<b>La gestion de la famille</b>	Une fonction de gestion de la famille est disponible et permet à tout instant de mettre à jour les personnes à charge, et détermine automatiquement les personnes à charge en fonction des règles de de gestion génériques paramétrés.			
8	<b>Gestion des déclarations des salaires</b>	Les Employeurs publics ou privés communiquent leurs déclarations des salaires en front office. Les déclarations des salaires reçues sont traitées par GED, scannées et indexées. Les déclarations des salaires peuvent être saisies. L'intégration des déclarations des salaires génèrent les contributions et cotisations attendues à encaisser.			
9	<b>Gestion des cotisations</b>	La gestion des cotisations concerne tout type de bénéficiaire employeur, comme personne physique contribuant forfaitairement. Dans le cadre des régimes des travailleurs et indépendants.			
10	<b>La gestion du recouvrement</b>	La fonction gestion du recouvrement est disponible et permet de relancer automatiquement par des notifications à échéance les employeurs et personnes cotisantes par tout moyen.			
11	<b>Gestion des dossiers maladies</b>	Les dossiers doivent être rattachés : - à l'assuré via son numéro d'immatriculation, - au bénéficiaire via son numéro d'immatriculation			
12	<b>Liquidation des Prestations</b>	Les modules d'exploitation (saisie, modification, validation, dévalidation, annulation ...etc.) devront être prévus pour tous les types de prestations de l'Assurance Maladie Universelle : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entente Préalable</li> <li>• ALD</li> <li>• PEC (Hospitalisations, Tiers Payant Médicaments,...)</li> <li>• Dossier de Remboursement Assuré ;</li> <li>• Dossier de règlement prestataire de soins ; en leur assurant une gestion événementielle : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saisie Dossier Remboursement</li> <li>• Révision Dossier Remboursement</li> <li>• Révision Automatique Dossier Remboursement</li> <li>• Remboursement automatique d'indû</li> <li>• Gestion des notifications</li> <li>• Etc.</li> </ul> </li> </ul> <p>Le système doit prévoir pour tout type de prestations plus d'un</p>			

		<p>processus de traitement des dossiers ; selon le prestataire de soin, la population des assurés, le type d'utilisateur... Le système à concevoir doit s'adapter à toute modification en termes d'organisation ou de répartition des tâches sans exiger un effort de développement conséquent. L'alimentation en données doit se faire à travers de multiples canaux : saisie directe, saisie déportée, chargement de fichiers, portails ...etc. Le système doit prévoir, lors de la liquidation, des choix et des contrôles d'assistance à l'utilisateur (détail à préciser lors des ateliers) avec possibilité à l'utilisateur de décider. Le système doit offrir la possibilité, pour des profils spécifiques, de reprendre partiellement (modification d'une saisie, d'un décompte, des données administratives...) ou totalement (suppression d'un traitement) le traitement d'un dossier. Le système doit, pour certains critères, bloquer le traitement d'un dossier (prestataire/assuré sous surveillance, dossier déjà traité...) avec possibilité de forçage pour des profils spécifiques.</p>			
13	<b>Prise En Charge</b>	<p>Le système doit pouvoir gérer différents types de prise en charge (hospitalisations, médicaments,...) en tenant compte de l'adéquation entre le prestataire et la nature de la prestation. La solution doit permettre l'échange des Prise En Charge par différents canaux (Fax papier /numérique, Extranet, E-santé, ...) La solution doit permettre de facturer une prise en charge de manière simple tout en permettant des modifications entre la facturation et la demande de prise en charge (quantités, abandon d'une partie de la PEC...). La saisie de Prises en charge doit être accessible en ligne pour les professionnels de santé autorisés, avec possibilité de configurer un accord/refus automatique ou une demande de validation par un médecin conseil. La facturation en ligne d'une PEC doit être rendue possible, pour les professionnels de santé autorisés, tout en rendant possible sa validation par un agent de la CNAS. La CNAS doit être en mesure de maîtriser totalement les flux échangés (possibilité de contrôler, intercepter certaines prestations pour les traiter manuellement). L'outil doit être paramétrable afin d'être en mesure d'intégrer, dans le futur, des flux répondant à de nouvelles normes.</p>			
14	<b>Entente préalable</b>	<p>Lors de la liquidation d'une facture, le rapprochement avec un accord préalable doit être détecté automatiquement et l'outil doit s'assurer de l'existence de cet accord. Un même accord préalable peut donner lieu à plusieurs remboursements (exemple d'un accord pour 10 séances de kinésithérapie pour lequel on réceptionnera 2 factures de 5 séances).</p>			

15	<b>Prestation dentaire</b>	<p>Les soins et prothèses dentaires ne font pas partie du panier de soins au démarrage du RCSU. Toutefois et en prévision de l'extension du panier, à l'avenir, le système doit offrir un module dédié à cette prestation avec un schéma dentaire permettant de contrôler la saisie, la consommation, la cohérence et la conformité. Les contrôles doivent être adaptés à la nature de la prestation (contrôle de l'obturation d'une dent déjà extraite...)</p> <p>NB : N'oublions pas de préciser les autres paniers qui ne sont pas partie du panier</p>			
16	<b>Parcours Coordonné des Soins</b>	<p>Le système doit être en mesure de gérer le parcours coordonné des soins effectués par le bénéficiaire. Le système doit au moins permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le paramétrage du parcours coordonné et sa gestion en tant que référentiel.</li> <li>• Le contrôle du respect du parcours au moment du traitement des dossiers maladies. Pour cela il doit pouvoir être pris en compte dans les règles de contrôle</li> <li>• La consultation selon différents critères et la restitution de statistiques.</li> </ul>			
17	<b>Protocoles thérapeutiques</b>	<p>Le système doit être en mesure de gérer les protocoles thérapeutiques, en priorité en ce qui concerne les maladies chroniques (ALD). Ces bonnes pratiques médicales doivent permettre une maîtrise des dépenses mais aussi une meilleure qualité des prestations médicales. Le système doit au moins permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le paramétrage des protocoles thérapeutiques et leur gestion en tant que référentiels.</li> <li>• Le contrôle du respect des protocoles au moment du traitement des dossiers maladies. Pour cela, ils doivent pouvoir être pris en compte dans les règles de contrôle.</li> <li>• La consultation et la restitution des statistiques sur les pratiques professionnelles en référence aux bonnes pratiques des protocoles thérapeutique</li> </ul>			
18	<b>Contrôle de droit</b>	<p>Le contrôle de droit est à effectuer en temps réel (vérification des déclarations, des cotisations, des relations familiales, Base Pensions et autres règles de gestion des droits).</p>			
19	<b>Règles de contrôle</b>	<p>L'outil doit disposer d'un paramétrage de règles qui peuvent s'appuyer sur plusieurs critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le sexe</li> <li>• L'âge</li> <li>• La spécialité du professionnel de santé</li> <li>• L'acte, y compris les médicaments et les dispositifs médicaux</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinaison de critères</li> <li>• etc...</li> </ul> <p>Le paramétrage doit permettre au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contrôle de la double saisie</li> <li>• Le contrôle des doubles paiements</li> <li>• Contrôle des périodes de chevauchement (PEC avec dossier assuré, dossier prestataire..)</li> <li>• Compatibilité de consommation (acte, spécialité du prestataire, médicament...);</li> </ul> <p>Le système doit afficher toutes les informations saisies sur le dossier objet de double saisie, de double paiement ou de chevauchement ;</p>			
20	<b>Contrôle Interne</b>	<p>Le système devra automatiser l'activité du contrôle interne. Le contrôle interne devra être possible à priori et à posteriori du paiement pour tous les types de dossiers. Les dossiers à contrôler sont sélectionnés selon une liste de critères qui peuvent être combinés ou selon un échantillonnage déterminé en pourcentage ou en nombre. Le système devra permettre de combiner et pondérer les critères de contrôle. Selon leur nature, les dossiers remontés doivent pouvoir être orientés vers le contrôle médical ou vers un contrôle administratif (qui peut aussi l'orienter vers le contrôle médical). Le système doit permettre de définir ces processus de contrôle, leur affectation et l'enchaînement des tâches jusqu'à la clôture du dossier (paiement ou rejet). Ce module doit prévoir au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle de tout type d'actes ;</li> <li>• Contrôle des prestataires des soins ;</li> <li>• Contrôle des adhérents ;</li> <li>• Contrôle des agents de la CNAS et ceux des Gestionnaires délégués et prestataires de soins ayant accès aux fonctions de la solution en extranet ;</li> <li>• Contrôle d'actes de gestion sensibles (exemple : forçage)</li> <li>• Etc.</li> </ul>			
21	<b>Contrôle Qualité</b>	<p>La solution doit permettre de matérialiser le contrôle qualité. Le contrôle qualité doit être possible par échantillon aléatoire et/ou sur la base de critères paramétrables</p>			
22	<b>Indu</b>	<p>La solution doit permettre d'identifier les indus ainsi que les causes de leur génération. De ce fait, un recensement des événements occasionnant l'Indu s'impose. La récupération des indus déjà identifiés se fera via l'application de retenu ou de demande de redressement.</p>			
23	<b>Héritage</b>	<p>Les ayants droit d'un bénéficiaire venant de décéder peuvent faire la demande de restitution de la totalité du montant dû et non</p>			

		perçu par le bénéficiaire. Le système doit permettre un paiement unique ou subdivisé selon les parts des ayants droits. L'héritage doit tenir compte des indus enregistrés.			
24	<b>Recours</b>	Le recours doit être prévu dans le cas de contestation de la décision prise pour un dossier			
25	<b>Recours subrogatoire</b>	Le système doit pouvoir gérer la notion d'accident et le recours subrogatoire y afférent.			
26	<b>Paiement</b>	<p>C'est le traitement périodique de liquidation des dossiers qui consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Contrôler le droit à la prestation</li> <li>❖ Générer les ordres de paiement à destiner au système comptable la périodicité de l'opération de paiement doit être paramétrable (selon le type de dossier et la nature du bénéficiaire) la gestion des paiements doit être traitée selon plusieurs critères : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type du bénéficiaire du paiement ;</li> <li>• Période de dépôt</li> <li>• Période de liquidation</li> <li>• Période de traitement</li> <li>• Mode de paiement</li> <li>• Fourchettes de montants</li> </ul> </li> </ul> <p>Le processus de paiement comprend les volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Écrans, éditions et échantillons de contrôle.</li> <li>• Opérations de blocage et de déblocage de paiement. On doit être à tout moment en mesure de bloquer et de débloquer un paiement pour un motif à spécifier.</li> <li>• Traitement de l'indu.</li> <li>• Éditique.</li> <li>• Notification du paiement y compris SMS, e-Mail, Courrier, ...</li> <li>• Etc.</li> </ul> <p>On doit être à tout moment en mesure de bloquer et de débloquer un paiement pour un motif à spécifier. Le système doit permettre une gestion généralisée du destinataire de paiement, de sorte que ce destinataire soit susceptible d'être une personne autre que le bénéficiaire lui-même ou un tiers payant représentant un organisme quelconque ou un prestataire de soins. Pour certaines structures qui adoptent le mode de prise en charge intégral, c'est-à-dire sans accord préalable, l'assuré paye le ticket modérateur à la structure qui renseigne et adresse le dossier médical à la</p>			

		<p>CNAS pour règlement du reliquat à la charge du RCSU. La liquidation dans ce cas doit comparer le montant réclamé par la structure de soins à celui ressorti après liquidation informatique du dossier. S'il s'avère qu'il y a différence, le dossier n'est pas réglé et une notification est faite à la structure de soins pour redresser le montant réclamé. Une option doit être intégrée permettant d'opérer des compensations, pour les différences ne dépassant pas un certain seuil à fixer par dossier, ou par type de dossiers.</p>			
27	<b>Gestion Electronique des Documents</b>	<p>La solution adoptée doit fournir une solution GED totalement intégrée aux différentes fonctions de gestion de la CSU, de façon à garantir l'interactivité entre les données CSU et les documents de la GED en temps réel. L'objectif de cette intégration est de permettre la récupération en temps réel des statuts d'un dossier tout au long de son traitement par rapport aux points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passage du dossier au contrôle interne</li> <li>• Liquidation d'un dossier</li> <li>• Rejet d'un dossier</li> <li>• Paiement du dossier - Archivage</li> <li>• Etc.</li> </ul> <p>La génération, par l'application, de documents supplémentaires à joindre au dossier tels que les notifications de rejet ou de complément d'information doivent être convertis en documents PDF et injectés dans le dossier initial. Le système devra fournir des fonctionnalités de recherche multicritères permettant le suivi de l'activité à travers la visualisation des différents statuts des dossiers.</p> <p>Exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médecin pourra consulter les dossiers restant à contrôler à travers une fonctionnalité dédiée.</li> <li>• - La Direction des prestations de la CNAS pourra visualiser les dossiers réceptionnés par le siège, par une caisse régionale ou un Gestionnaire délégué quelconque, mais non encore saisis.</li> </ul>			
28	<b>Éditions et Consultations</b>	<p>Toutes sortes d'édition de gestion et notifications sont à confectionner par le prestataire. On cite à titre illustratif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accusés de réceptions</li> <li>• Avis et Courrier de rejet</li> <li>• Notifications de complément d'information</li> <li>• Notification résultat du recours</li> <li>• Notifications propres à l'Indu</li> <li>• Relevés de prestations</li> </ul>			

		<p>Cette liste n'est nullement exhaustive et elle est appelée à être enrichie lors des ateliers de travail. Les éditions et notifications doivent être dynamiques de façon à pouvoir y insérer du nouveau contenu (exemple : de nouveaux motifs de rejet) sans devoir les réélaborer. De même, toutes sortes de consultations sont à prévoir dans la solution avec des recherches multicritères (par compostage, adhérent, bénéficiaire, date de saisie, paiement, soin, acte, médicament, PS, agent, agence.....) et la possibilité d'exportation des résultats vers d'autres environnements (Excel, PDF, Access...) Le détail des consultations sera spécifié lors des ateliers de travail.</p>			
29	<b>Statistiques et Reporting</b>	<p>Il s'agit d'élaborer les outils de suivi d'activité et du pilotage, englobant la consommation, les effectifs et leur évolution, ainsi que tout élément pouvant contribuer à l'analyse et à l'aide à la prise de décisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• États statistiques ;</li> <li>• Tableaux de bord ;</li> <li>• Alertes et indicateurs de performance ;</li> <li>• Paramétrage des indicateurs.</li> </ul> <p>Ils doivent pouvoir être générés selon une périodicité paramétrée ou à la demande. La solution doit fournir une Solution décisionnelle et une solution de Reporting offrant un haut degré d'interopérabilité</p>			
30	<b>Délégation de gestion</b>	<p>Dans le cas de la délégation de gestion d'une partie de l'activité relative au traitement de certaines fonctions, comme les affiliations et immatriculation et le traitement des dossiers maladie, présenter un dispositif adéquat à cette fin, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un environnement de saisie dédié prenant en compte les contrôles nécessaires de saisie</li> <li>• Un mode de validation de la part des instances de la CNAS des données saisies.</li> <li>• Une intégration des données validées La solution doit permettre de soumettre cette activité à des contrôles spécifiques</li> </ul>			
31	<b>Dématérialisation des flux</b>	<p>La solution doit intégrer les flux provenant de tout système délocalisé par groupe d'acteurs ou individualisé. Tenant en considération le contexte spécifique au Tchad. Le soumissionnaire doit proposer un plan afin d'intégrer ces orientations et les mettre en œuvre. Les solutions déjà éprouvées seront appréciées</p>			
32	<b>Ergonomie</b>	<p>Le système doit permettre un haut niveau de personnalisation par profil, par nature de flux... Le système doit permettre une</p>			

		optimisation du temps de liquidation (saisie assistée, listes de valeurs, cases à cocher, positionnement du curseur sur les champs obligatoires...). Le système doit permettre de personnaliser le suivi de l'activité par type d'utilisateur (productivité enregistrée, instances...) avec la planification d'alertes. Le système doit permettre, avant la validation, la visualisation de la saisie.			
33	<b>Droits d'accès et habilitations</b>	<p>Le système doit permettre une gestion fine des droits d'accès et des habilitations (gestion par type de dossier, par profil / type d'utilisateur, par zone géographique...) Les profils doivent être définis suivant le poste occupé (agent, responsable, médecin) et le lieu de travail (Siège, Caisse Régionale ou Gestionnaire délégué, Prestataire de soins). Les habilitations doivent pouvoir être définies par fonctionnalité.</p> <p>La définition des profils devra être en mesure de s'adapter aux modifications organisationnelles concernant et les entités administratives et les intervenants au niveau de l'application. La gestion des autorisations doit s'appuyer, au moins, sur une structure à 4 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'habilitation à une fonction</li> <li>• la gestion des groupes de droit</li> <li>• les rôles</li> <li>• les profils</li> </ul>			
34	<b>Gestion des contrats de délégation de gestion</b>	La CNAS sera liée avec plusieurs gestionnaires délégués pour la réalisation d'un ensemble de fonctions. Il s'agit dans ce cadre de permettre la paramétrisation de ces conventions qui détermineront automatiquement l'accessibilité de leurs agents aux fonctions de la solution.			
35	<b>Régime Conventionnel</b>	Dans le cadre des accords de réciprocité qui peuvent exister entre le Tchad et d'autres pays, le système doit pouvoir gérer plusieurs conventions de réciprocité en matière d'assurance maladie. Chaque convention ayant ses propres référentiels et paramétrage, qui seront ceux à appliquer au ressortissant du pays tiers. Le système doit pouvoir gérer les prestations en espèces (contrôle médical des assurés en séjour temporaire). Il s'agit de générer le paiement des notes d'honoraires des dossiers contrôlés aux médecins conventionnés et de restituer un état de l'ensemble des actes qui doit servir à l'apurement des frais de contrôle médical avec les caisses étrangères. Le système doit offrir un module de gestion des attestations d'ouverture et de fermeture de droit établies par les caisses étrangères. La gestion du régime dit Conventionnel, implique que la solution peut mettre en place et gérer simultanément plusieurs régimes indépendants et étanches			

		sur le plan comptable. Chaque régime étant pourvu de ses propres référentiels en termes de contenus.			
36	<b>Régime Complémentaire</b>	La solution doit permettre de gérer l'assurance complémentaire. Elle doit donc permettre de gérer plusieurs paniers de soins, chaque panier déterminant les soins pris en charge et le niveau de remboursement de chaque acte et bien médical pris en charge. Le calcul des remboursements des deux régimes obligatoire (RO) et complémentaire (RC) doit pouvoir s'effectuer lors d'une liquidation unique, tenant compte du panier de soins souscrit au titre du régime complémentaire, tout en étant capable de distinguer les montants de remboursement opérés au titre de chacun des deux régimes. La solution doit être capable de gérer le référencement du régime complémentaire de chaque assuré RO afin de pouvoir transmettre par flux les décomptes liquidés selon une norme utilisable par les différents organismes RC pour liquider automatiquement les décomptes RO reçus. La solution doit permettre de gérer l'historique de rattachement des assurés aux organismes complémentaires et les mécanismes d'échange de/vers les organismes RC pour mettre à jours ces historiques. Des rejets ainsi que des signalements doivent pouvoir être gérés.			
37	<b>Gestion du risque et lutte anti-fraude</b>	La solution doit fournir de façon intégrée un module de gestion du risque et de lutte anti-fraude. Le module doit notamment permettre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'analyse de la consommation et la détection des gros consommateurs (périodicité, contenu...)</li> <li>• L'analyse des comportements individuels et la détection des comportements atypiques</li> <li>• L'analyse des antécédents.</li> <li>• Le profil de prescription des médecins atypique</li> <li>• Le profil des traitements atypiques des structures de soins.</li> </ul>			
38	<b>Ouverture et intégration</b>	Le système doit pouvoir échanger les données avec différents types de plateformes et de destinataires (internes et externes). Il doit supporter les normes d'échange des données les plus répandues. Le système de gestion de la CSU doit permettre l'échange Online avec les différentes applications de la CNAS, s'il en existe. : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le système comptable et financier o Le contrôle de gestion</li> <li>• L'audit NB. Les flux échangés seront détaillés lors de l'analyse</li> </ul>			

## 2- Exigences techniques

### A- Au niveau de la sécurité logique

- La traçabilité : garantie que les accès et tentatives d'accès, aux fonctions et services du SI sont tracés et que ces traces sont conservées et exploitables ;
- L'authentification : gestion des contrôles et des autorisations d'accès aux fonctions et services aux seules personnes habilitées (Gestion des culpabilités). Des profils doivent être définis suivant le poste occupé (agent, responsable, Client) et le lieu de travail (Siège, Agence ou Client). La définition des profils devra être en mesure de s'adapter aux modifications organisationnelles concernant, et les entités administratives, et les intervenants au niveau de l'application.
- L'authentification applicative automatique : l'authentification à tout le parc applicatif se fait via une authentification système
- La disponibilité : le système doit fonctionner sans faille durant les plages d'utilisation prévues et garantir l'accès aux services et ressources installées avec le temps de réponse attendu ;
- L'intégrité : l'assurance que les données ne peuvent être altérées de façon fortuite, illicite ou malveillante ;
- La confidentialité : seules les personnes autorisées ont accès aux informations qui leurs sont destinées, tout accès non autorisé doit être empêché.
- La non-répudiation et l'imputation : aucun utilisateur ne doit pouvoir contester les opérations qu'il a réalisées dans le cadre de ses actions autorisées, et aucun tiers ne doit pouvoir s'attribuer les actions d'un autre utilisateur.
- Le pilotage : tous les processus doivent disposer de tableau de bord et de reporting d'activité gérant tous les indicateurs de pilotage (qualitatif et quantitatif).

### B- Au niveau de l'architecture logique

- WEB : Mettre en place un SI totalement disponible sur le WEB ;
- Mobilité : Adopter les services et outils mobiles chaque fois que le service est destiné aux Clients et au besoin ;
- Télétravail : mettre en place une architecture qui permette un accès permanent aux services informatique en dehors du réseau local
- SOA : mettre en place une architecture modulaire orientée services ;
- Workflow : l'utilisation du workflow est généralisée dans tout processus ;
- Paramétrage : adopter un paramétrage poussé des objets véhiculés et leurs propriétés ;
- Les applications devront être hautement paramétrables pour faciliter la maintenance des programmes.
- Mettre en place un générateur de règles de gestion ;
- Duplication des données : Limiter la duplication (données d'échange) et veiller à l'unicité de la donnée (données persistantes).
- Système intelligent : la solution attendue doit permettre, de par les composants de son architecture logique, la mise en œuvre des nouvelles avancées technologiques de l'informatique que sont en particulier, les équipements de reconnaissance de l'identité par des terminaux de reconnaissance digital ou biométriques, systèmes multi-bases et leur

interopérabilité sur réseau, les systèmes d'information géographique permettant la géolocalisation, la paiement par smartphone, l'analyse intelligente des données et l'extraction de connaissance, l'organisation des données multimédia, les entrepôts de données de type data warehouse, et la reconnaissance des formes y compris biométrique des assurés pour servir comme preuve de l'identité des bénéficiaires des soins.

- Ergonomie : simplicité d'usage des interfaces homme machine ;
- Chiffrement des échanges de mots de passe du réseau : tous les échanges des mots de passe sur le réseau local se font en mode crypté ;
- Évolutivité technologique verticale aussi bien qu'horizontale selon le besoin de la CIMR ;
- Moteur de notification centralisé par mail et par SMS avec un système de reporting et de suivi

### **C- Exigences de performance**

Le temps de réponse d'une transaction normale doit être inférieur à 5 secondes. A titre exceptionnel et pour les transactions reconnues comme lourdes par la C, un temps de réponse maximal de 15 secondes peut être toléré.

- Le système devra assurer le service pour 1000 utilisateurs dont 400 simultanés (y compris pour les Web-services).
- Le système devra, sauf incident, assurer une disponibilité se rapprochant de 100%.

### **D- Autres exigences**

- La solution proposée doit fournir un outil de reporting utilisateur facile à manipuler (solution informatique pour générer des rapports et tableaux) ;
- La solution doit gérer l'historisation de l'ensemble des actes de gestion. Des pistes d'audit sont aussi à prévoir sur l'ensemble des données gérées par la solution.
- Le système doit pouvoir être déployé, pour l'environnement de production, sur une architecture redondante afin de répondre aux fluctuations de la charge et assurer un service transparent aux pannes et aux maintenances. L'architecture doit assurer la haute disponibilité, la répartition de charge et l'évolutivité.

La solution doit pouvoir être déployée sur trois environnements :

- Développement
- Test
- Production
- Le prestataire s'engage à fournir le fond documentaire et technique actualisé (Architecture technique, guide d'installation et de restauration système, mode opératoire de remise à niveau du système, ...) nécessaire à la CNAS pour le transfert de compétence technique ;

## E- Les composants du noyau technique

Le soumissionnaire doit présenter dans son offre le détail des composants du noyau de la solution technique proposée. Cette liste doit comporter de façon explicite au moins les composants suivants :

Type de composant	Nom Commercial	Observation
<b>1 ENVIRONNEMENT SYSTÈME</b>		
1.1 Base de Données		
1.2 ETL		
1.3 Bus de Données / ESB		
1.4 Serveur WEB		
1.5 Serveur d'application		
<b>2 ENVIRONNEMENT DE PRODUCTION</b>		
2.1 GED / ECM		
2.2 CMS Portail d'entreprise		
2.3 Workflow		
2.4 BPMN		
2.5 Moteur de règles		
2.6 Signature électronique		
2.7 Marketing automation		
2.8 Solution Décisionnelle		
2.9 Reporting		
2.10 Edition de masse		
2.11 Framework de développement		
2.12 Moteur de notification		

## F- Personnalisation du progiciel

La personnalisation englobe :

- Le développement des modules qui n'existent pas en natif dans le progiciel
- L'adaptation des modules qui existent et qui nécessitent des développements légers, pour tenir compte du contexte et des exigences de la CNAS ;
- L'adaptation des IHM au contexte de la CNAS
- Le paramétrage du progiciel
- Pour le développement des modules adaptés, le prestataire devra réaliser les, travaux suivants :
  - Analyse détaillée des écarts
  - Conception, réalisation et tests des différents modules adaptés
  - Pour l'adaptation des IHM, le prestataire devra réaliser les travaux suivants :
  - Prise de connaissance de l'existant en termes d'exigences ergonomiques et charte graphique

- Conception, réalisation et tests des différentes adaptations pour le paramétrage du progiciel, le prestataire devra réaliser les travaux suivants :
- Prise de connaissance des paramètres du RCSU, du Produit, des règles de gestion, du dictionnaire de données, et des référentiels
- Identification des données de paramétrages
- Réalisation et tests des différents paramétrages effectués

Pour l'intégration du progiciel, Le prestataire devra réaliser les travaux suivants :

- Analyse des fonctions supports avec lesquels le progiciel devra interagir
- Élaboration des scénarios d'interfaçage
- Conception, réalisation, tests et documentation des différents modules d'intégration
- Recette et mise en œuvre des interfaces

### **G- Maîtrise d'œuvre**

Le prestataire est responsable de la maîtrise d'œuvre sur toute la durée du projet, il doit produire entre autres :

- Les plannings du projet
- Les comptes rendus de réunions
- Les tableaux de bord et fiches d'avancement par phase
- La gestion des risques et le Plan qualité
- Livrables des phases achevées.

### **H- Transfert de compétence**

Le prestataire devra assurer le transfert de compétence à l'équipe de la Direction des Systèmes d'Information pendant toutes les phases du projet. Le transfert de compétence comporte deux volets :

- La formation
- L'accompagnement

La formation doit notamment porter sur les thèmes suivants :

- Le projet lui-même : ses objectifs, ses avantages, ses étapes et sa complexité.
- L'architecture, les langages utilisées, et s'assurer que l'équipe de la DSI peut développer un prototype.
- Les nouvelles procédures qui seront introduites en remplacement/enrichissement de celles déjà existantes.
- L'exploitation et l'administration du système.
- L'utilisation de l'outil.

En ce qui concerne l'utilisation du progiciel, un plan de formation est à prévoir pour former les utilisateurs au système. La formation devra tenir compte des différents profils (utilisateurs administrateurs fonctionnels, encadrement, formateurs, administrateurs techniques,) et aura lieu au niveau des locaux CNAS.

Désignation	Nombre Groupe	Personnes/Groupe
Formation Formateurs	2	3
Formation Administrateurs Métier	1	6
Formation Administrateurs Techniques	1	4

L'accompagnement consiste à la supervision d'un apprentissage par la pratique.

Le prestataire devra livrer notamment :

- Un plan de formation
- Les différents supports de formation (utilisation, exploitation, administration)
- Une procédure d'évaluation
- Le rapport d'évaluation

#### **I- Assistance**

L'objectif de cette prestation est de permettre à la CNAS des ajustements éventuels et des fonctionnalités avérées nécessaires pour boucler les paramétrages et les interfaces. Le prestataire devra concevoir, réaliser et mettre en exploitation ces fonctionnalités. Ces fonctionnalités seront définies par la CNAS et seront commandées au prestataire par ordres d'exécution. Elles devront être réalisées conformément aux spécifications techniques fournies dans l'ordre d'exécution.