

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES  
(CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES  
(IIA)

BP1575 Yaoundé Tel : 00 237 220 71 52 Fax : 00 237 220 71 51

Email : [iaa@iiacameroun.com](mailto:iaa@iiacameroun.com)

Site : [www.iiacameroun.com](http://www.iiacameroun.com)

## RAPPORT DE STAGE ET DE FIN DE FORMATION

pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Sciences et Techniques  
d'Assurance (MST-A)

Thème : LA GESTION DE L'ASSURANCE  
MALADIE A L'AFRICAINNE DES  
ASSURANCES ET LA LUTTE CONTRE LA  
FRAUDE

Travail réalisé et soutenu par :

WILLYBIRO – LY Christal Vanessa

Sous la direction de :

M. CHABI-SIKA Moumouni  
Administrateur des Assurances  
Inspecteur Général Adjoint à  
l'Africaine des Assurances

7<sup>ème</sup> Promotion 2004 – 2006  
Novembre 2006

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES  
(CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES  
(IIA)

BP1575 Yaoundé Tel : 00 237 220 71 52 Fax : 00 237 220 71 51

Email : [iiia@iiacameroun.com](mailto:iiia@iiacameroun.com)

Site : [www.iiacameroun.com](http://www.iiacameroun.com)

## RAPPORT DE STAGE ET DE FIN DE FORMATION

pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Sciences et Techniques  
d'Assurance (MST-A)

Thème : LA GESTION DE  
L'ASSURANCE MALADIE A  
L'AFRICAINNE DES ASSURANCES ET LA  
LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Travail réalisé et soutenu par :

WILLYBIRO – LY Christal Vanessa

Sous la direction de :

M. CHABI-SIKA Moumouni  
Administrateur des Assurances  
Inspecteur Général Adjoint à  
l'Africaine des Assurances

7<sup>ème</sup> Promotion 2004 – 2006  
Novembre 2006

## DEDICACE

Nous dédions ce travail à :

- nos parents, Monsieur et Madame WILLYBIRO SAKO, qui se sont sacrifiés depuis notre tendre enfance, qui nous ont guidée vers l'école et nous ont encouragée à toujours aller de l'avant. Trouvez dans ce travail l'aboutissement de vos efforts et la réalisation de vos rêves. Que Dieu vous donne la grâce d'une longue vie afin de jouir du fruit de votre semence ;
- tous nos frères et sœurs aînés Opportune, Eudoxie, Alpha, Gonzalès, Jean-Luc et James qui ont suscité en nous le goût de la réussite en nous donnant l'exemple et en nous précisant le chemin à suivre par leurs conseils et leur soutien financier. Veuillez accepter le résultat de vos conseils et encouragements ;
- Owen ce petit être que Dieu nous a donné pour fils il y a de cela neuf ans, trouve en ce travail un exemple à suivre malgré nos années d'absence et une explication à celles-ci.

## REMERCIEMENTS

Consciente du fait qu'une telle œuvre ne peut être réalisée sans collaboration, sans interrogation et consultation, nous adressons nos sincères remerciements à :

- Monsieur Venance AMOUSSOUGA, Directeur Général de l'UBA-Vie pour nous avoir permis d'effectuer une partie de notre stage au sein de la structure qu'il dirige ;
- Monsieur Vincent MAFORIKAN, Directeur Général de l'Africaine des Assurances pour nous avoir orienté dans notre travail ;
- Monsieur Jean Gratien ZANOVI, Directeur Général de l'IIA et à tout le corps professoral qui ont su nous donner l'encadrement nécessaire à notre formation ;
- Monsieur Urbain ADJANON, Directeur des Assurances du Bénin et à tout le personnel de la Direction des Assurances du Bénin pour leur accueil chaleureux;
- Monsieur CHABI-SIKA, pour avoir accepté de nous encadrer dans la réalisation de ce travail ;
- Madame Bibiane V. BOCO, pour ses utiles conseils et ses orientations dans le cadre de nos recherches ;
- Tout le personnel de UBA-Vie et tout le personnel de l'Africaine des Assurances ;
- Madame Agnès ZANOVI, pour nous avoir encouragée à passer le concours de l'IIA et pour ses conseils utiles ;

- Monsieur et Madame NDJODJIM, nos parents d'accueil au Cameroun pour leur présence, leurs sages conseils et leur soutien moral. Trouvez ici les marques de notre profonde reconnaissance ;
- Monsieur Mahoutin Christian AFFAGNON, pour son soutien et ses sages conseils durant notre formation ;
- Tous nos camarades de promotions.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

AGF Bénin : Assurance Générale de France du Bénin

CIMA : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances

CRCA : Commission Régionale de Contrôle des Assurances

FEDAS : Fédérale d'Assurances du Bénin

GAB : Générale des Assurances du Bénin

IARDT : Incendie, Accidents, Risques Divers et Transport

L'AFRICAINNE : L'africaine des Assurances

NSAB : Nouvelle Société d'Assurances du Bénin

SONAR : Société Nationale d'Assurances et de Réassurance

UBA-Vie : Union Béninoise d'Assurances Vie

## SOMMAIRE

Introduction.....	7
Première partie : Le contexte de déroulement du stage.....	9
Chapitre 1 : L'Union Béninoise d'Assurances Vie (UBA-Vie) .....	10
Chapitre 2 : L'Africaine des Assurances (l'AFRICAINNE).....	19
Deuxième partie : La gestion de l'assurance maladie à l'Africaine des Assurances et la lutte contre la fraude.....	27
Chapitre 1 : Le fonctionnement actuel de l'assurance maladie.....	28
Chapitre 2 : La lutte contre la fraude .....	38
Conclusion.....	54
Annexes.....	56
Bibliographie.....	63
Tables des matières.....	64

## INTRODUCTION

La formation des cadres en assurances instituée par la Conférence Inter africaine des Marchés d'Assurances (CIMA) et confiée à l'Institut International des Assurances (IIA), un stage pratique a été instauré. Ce stage consiste pour les stagiaires à mettre en pratique, les connaissances théoriques reçues à l'Institut.

La période de cinq (5) mois que dure ledit stage permet aux apprenants en fin de formation de toucher du doigt le comment faire dans les domaines technique, comptable, financier et du management.

Le séjour en entreprise vise également à identifier une série de difficultés que rencontrent les sociétés d'assurances sur nos marchés. Nous avons porté notre attention sur l'un des multiples problèmes rencontrés en l'occurrence dans l'exploitation de la branche maladie. L'assurance maladie est certes un produit d'appel pour les assureurs Incendie, Accidents, Risques Divers et Transport (IARDT) mais elle devient aujourd'hui une nécessité économique et sociale. Divers produits sont commercialisés dans le but de protéger l'intégrité physique de l'Homme. A ce titre, l'assureur maladie devient le garant économique et social de l'individu car il gère les frais de santé de ce dernier et veille ainsi sur l'intégrité psychologique et physiologique de l'Homme.

L'assurance maladie obéit au principe indemnitaire qui a pour effet de limiter les prestations de l'assureur au montant des dépenses réellement supportées par l'assuré (même si le plafond de la garantie stipulée au contrat lui est supérieure) et de prévenir les tentatives de fraudes (sinistres volontairement aggravés ou fictifs, difficultés d'en apporter la preuve). Malgré toutes les précautions prises par les concepteurs de ce produit d'assurance et comme dans toutes les institutions financières, l'assurance maladie est en proie à des fraudes qui ont un réel impact sur le résultat de la branche au point de rendre son exploitation lourde et difficile.

Après l'examen des résultats réalisés par les sociétés IARDT opérant sur le marché béninois qui nous a accueilli pour notre stage, il nous a paru important de nous pencher sur la question de la fraude dans cette branche.

Il s'avère que la lutte contre la fraude en assurance maladie revêt un caractère indispensable pour une compagnie d'assurances, car garante de la bonne utilisation des cotisations des assurés et de l'égalité de traitement de ces derniers. L'observation du niveau des primes annuelles d'assurance maladie, l'évolution toujours grandissante des dépenses santé effectuées au titre de la prestation des assureurs et les phénomènes justifiant la situation nous ont amenée à choisir de réfléchir sur « La gestion de l'assurance maladie à l'Africaine des Assurances et la lutte contre la fraude ».

Le traitement de notre sujet de réflexion passera par une série de recherches tant documentaires que par voie d'enquêtes auprès des professionnels et personnes qui s'y sont déjà intéressés avant de déboucher sur notre analyse du dossier et les solutions que nous y apportons.

Réfléchir à ce problème vise les objectifs suivants :

- permettre aux compagnies d'assurances d'offrir de façon continue des tarifs et prestations qui représentent la garantie de leur compétitivité sur le marché ;
- sauver la branche maladie qui, à force de connaître des résultats peu reluisants, peut compromettre les autres branches.

Pour parvenir à ces objectifs, nous proposerons une nouvelle approche de l'organisation de la lutte contre la fraude en appui aux mesures déjà prises que nous ne manquerons pas de rappeler.

Notre stage s'étant déroulé dans deux compagnies du marché béninois, Vie et IARDT, il nous a paru nécessaire de les présenter dans une première partie avant de traiter de la gestion de l'assurance maladie et de la lutte contre la fraude dans la deuxième partie de notre rapport.

Première Partie : LE CONTEXTE DU DEROULEMENT DU  
STAGE

## **CHAPITRE 1 : L'UNION BENINOISE D'ASSURANCES VIE (UBA-Vie)**

### **SECTION 1 : PRESENTATION ET EVOLUTION DE L'UBA-Vie**

#### **PARAGRAPHE 1 : PRESENTATION DE L'UBA - Vie**

L'Union Béninoise d'Assurances Vie, a été agréée en 1994 après avoir racheté le portefeuille vie de la SONAR (Société Nationale d'Assurances et de Réassurance).

L'UBA-Vie est une Société Anonyme régie par le code CIMA filiale du groupe SUNU avec un capital entièrement libéré de Fcfa 500 000 000 (cinq cent millions), ce montant étant le minimum exigé par le Code. L'actionnariat est détenu par :

- SUNU Assurances Holding SA.....	53,50 %
- Bank Of Africa (BOA Bénin).....	17,52 %
- Ecobank Bénin.....	07,50 %
- Privés béninois.....	21,48 %
	<hr/>
Total	100,00 %

Avec un effectif de 11 agents permanents, l'UBA-Vie s'appuie sur un réseau de distribution composé du Bureau Direct de la Direction Générale et d'une agence générale (BENINVEST) qui sont implantés à Cotonou. Les agences régionales se situent dans les autres grandes villes du Bénin, mais ne sont pas opérationnelles. La Société est en relation avec deux courtiers de la place à savoir, GRAS SAVOYE et Assurance & Courtage BENIN.

Elle a réalisé au terme de l'année 2005 un chiffre d'affaires de Fcfa 1.032.822.370 soit 25,88 % de l'émission nationale de la branche Vie contre 886.543.315 en 2004, soit un accroissement de 16,49 % par rapport à 2004.

## PARAGRAPHE 2 : EVOLUTION DE L'UBA-Vie

Au départ, filiale de l'Union des Assurances de Paris (UAP), l'UBA-Vie a été successivement rachetée par AXA Côte d'Ivoire puis par le groupe SUNU ASSURANCE HOLDING SA.

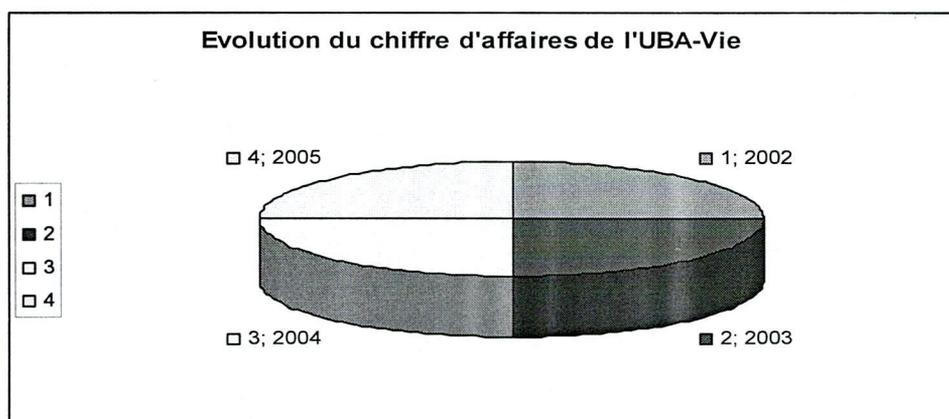
La gestion des 2400 contrats hérités du portefeuille vie racheté avait été provisoirement confiée à la SONAR pour le compte de UBA-Vie du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 1995, date à laquelle on assiste à la reprise de leur gestion par l'UBA-Vie pour son propre compte.

Le 03 mars 1995, la société a été immatriculée au registre du commerce de Cotonou sous le numéro 19.186.B.

Le lancement effectif des activités de l'UBA-Vie a eu lieu le 27 novembre 1995.

**Tableau 1** : Evolution du chiffre d'affaires de l'UBA-Vie

Année	2002	2003	2004	2005
Chiffre d'affaires	916 762 648	966 179 702	886 543 315	1 032 822 370



Nous estimons que l'UBA-Vie pourra accroître son chiffre d'affaires et parvenir à son objectif qui est la procuration d'une satisfaction complète à ses clients par l'implantation d'agences régionales dans tous les départements du Bénin.

## **SECTION 2 : PRODUITS DE L'UBA-Vie ET SA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE**

### **Paragraphe 1 : Activités de l'UBA-Vie : les produits**

L'UBA-Vie comme son nom l'indique est une société d'assurances vie et de capitalisation. Elle participe, par la commercialisation de ses produits, à la collecte et à la mobilisation de l'épargne pour le développement.

A ce titre, elle est présente sur le marché économique, monétaire et financier et constitue un véritable investisseur institutionnel dont les placements présentent à la fois les caractères de rentabilité, de sécurité et de liquidité.

Aussi, assure t'elle la sécurité financière à ses clients en leur permettant d'être prévoyants afin de gérer efficacement les surprises quelquefois désagréables de la vie.

Dans sa politique de collecte de l'épargne aux fins d'investissement, l'UBA-Vie a conçu un certain nombre de produits adaptés aux besoins de la clientèle. Ces produits sont :

#### **❖ LA MIXTE PLUS**

C'est un contrat à durée déterminée dont la durée minimale est de 10 ans avec un plan individuel épargne retraite pour l'assuré. La Mixte Plus permet de constituer un capital retraite au cas où l'assuré ne serait pas affilié à une caisse de retraite, ou un complément de retraite en cas d'affiliation à une caisse de retraite.

Le contrat Mixte Plus garantit des prestations retraite à l'assuré à l'échéance du contrat s'il est en vie. Dans le cas contraire, le versement d'un capital décès à ses bénéficiaires préalablement désignés au contrat.

Lors de la signature du contrat, le contractant choisit la formule de garantie qu'il désire parmi les garanties suivantes qu'offre le produit :

- L'Épargne Retraite Avenir Simple (ERA-S) : C'est un contrat qui n'a pas de garantie décès. A l'échéance du contrat, si le client est en vie, il lui sera versé la valeur acquise de son épargne. S'il décède avant le terme du contrat, la valeur acquise par l'épargne au jour du décès est versée à ses ayants droits ou bénéficiaires.

- La Mixte Plus avec Garantie Décès: C'est un contrat qui a une garantie décès toutes causes. En cas de décès toutes causes, le capital à payer est de :

- capital décès garanti
- + Provision mathématique au jour du décès
- – montant restant dû (primes ou avances)

#### ❖ LA RENTE EDUCATION PLUS

La Rente Education Plus (REP) est un produit de prévoyance et d'épargne destiné aux parents désireux d'apporter un concours financier à leurs enfants pendant leurs études, leurs apprentissages ou pour leur insertion dans la vie professionnelle.

Au titre de cette garantie, l'UBA-Vie s'engage à verser aux bénéficiaires désignés, une rente dont le paiement peut être mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel selon le désir du client.

En cas de vie de l'assuré à l'échéance du contrat, il est versé une rente pendant un certain nombre d'années (5 à 10 ans) aux bénéficiaires désignés au contrat.

En cas de décès de l'assuré pendant la période de différé, période de paiement des primes (cinq ans) au terme de laquelle commence le service des rentes, une fraction de la rente prévue (25 %) est versée aux bénéficiaires jusqu'à l'expiration du délai. Après le différé, la totalité de la rente est servie.

#### ❖ L'EPARGNE RETRAITE AVENIR

Le contrat Epargne Retraite Avenir (ERA) est une convention de pure capitalisation qui permet à l'adhérent de constituer à son profit un complément de retraite par la capitalisation de ses cotisations successives.

Le montant du capital obtenu par l'adhérent est essentiellement fonction de l'importance et de la durée des cotisations ou du contrat. En conséquence, le client est libre à tout moment d'augmenter, de diminuer ses cotisations voire de les suspendre à toute époque conformément au minimum exigé.

Aux termes de la convention, c'est-à-dire au moment fixé par l'adhérent (en général à l'âge 55 ans) le compte épargne est reversé au client sous la forme d'un capital en un seul règlement ou d'une rente.

En cas de décès de l'adhérent, le montant du compte à cette date est intégralement versé aux bénéficiaires désignés. Si le décès survient au cours de la liquidation d'une rente, son versement pourra être poursuivi en faveur des bénéficiaires désignés.

Le montant de l'épargne est revalorisé chaque année à la date anniversaire du contrat. Cette revalorisation est effectuée en fonction des résultats de la convention et tient compte, en particulier des bénéfices nets de la société.

#### ❖ LE CONTRAT « LIBRE EPARGNE »

C'est un contrat de placement par pure capitalisation. Il est constitué par l'ensemble des bons d'épargne libre acquis successivement par un même souscripteur.

En contrepartie de chacun des versements qu'il effectue dans le cadre d'un plan, soit de façon régulière, soit lorsqu'il en a la possibilité, le souscripteur reçoit un bon qui constitue un contrat à prime unique dont la durée est comprise entre un (1) et trente (30) ans.

En cas de décès du souscripteur, le montant intégral de son épargne disponible majoré de 5% est versé aux bénéficiaires désignés. C'est donc un produit de placement. Par la très large disponibilité que comporte chaque bon, le libre épargne est une réponse de l'UBA-Vie aux besoins du public en matière d'épargne de précaution. Il peut aussi être utilisé pour la constitution de compléments de retraite individuelle.

#### ❖ LA TEMPORAIRE-DECES

Par ce contrat d'assurance, l'assureur s'engage à verser le capital stipulé au contrat si le décès ou l'invalidité se produit au cours de la période de garantie. L'assureur garantit dans des conditions bien définies au contrat le décès, l'invalidité absolue et définitive de l'assuré quel qu'en soit la cause.

Cependant, il y a certaines restrictions. Le décès ou l'invalidité causé par le suicide, la guerre et l'aviation ne sont pas garantis ou le sont sous certaines conditions.

#### ❖ LA MIXTE SONAR

C'est un ancien contrat que gère la SONAR et qui a été repris par l'UBA-Vie après la libéralisation du secteur des assurances vie au Bénin. Ce contrat garantit tous les risques de décès quelle qu'en soit la cause ; mais il y a des réserves qui sont respectées en cas de décès par suicide, par navigation aérienne et par situation de guerre.

## **PARAGRAPHE 2 : STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE L'UBA-Vie**

Au sein de son organisation deux entités se complètent dans leur travail à savoir :

la Direction Générale ou le siège supervisée par un Conseil d'administration et les services techniques.

### **A- DIRECTION GENERALE**

Elle a à sa tête un Directeur Général qui doit diriger et développer l'entreprise dans les meilleures conditions de rentabilité. La Direction Générale assure l'exécution des décisions prises par le Conseil d'Administration à qui elle rend compte. Le Directeur Général a pour rôle de coordonner les activités de la société en vue d'un bon fonctionnement étant donné qu'il est le garant de la gestion quotidienne de l'entreprise et doit répondre des résultats de celle-ci.

Elle a en son sein :

- Le Secrétariat de Direction qui est chargé de la coordination des activités de la société. Il est chargé de la saisie des documents administratifs ; de l'enregistrement, du classement, de la répartition du courrier ; du standard téléphonique ; de l'accueil des visiteurs ; de la gestion du stock des imprimés ; de passer les commandes (sur instruction du Directeur Général) ; de la préparation des réunions, des voyages et de la gestion des rendez vous du Directeur Général.
- Le Secrétariat du Service Technique et Commercial (SSTC) est chargé de la clientèle. Il vient en appui tant à la Direction Générale qu'à tous les autres services dans le règlement de toutes les questions relatives à une gestion optimale de la clientèle. A ce titre, il reçoit les clients, leur fournit les renseignements et orientations nécessaires vers les services indiqués afin de résoudre les problèmes posés par eux. Il est chargé de gérer le courrier arrivé et de préparer le courrier départ du service auquel il est rattaché, de servir les

chèques émis dans le but d'une prestation. Il assure également le classement et l'archivage des dossiers de prestations.

En plus de ces secrétariats elle dispose de services techniques.

## **B- SERVICES TECHNIQUES**

- Le Service Comptabilité Administration et Placements est chargé de tenir les comptes et de présenter les états de synthèse.

Au titre du service administratif, le comptable s'occupe des éléments de la gestion du personnel tels que les salaires, la déclaration des travailleurs à la sécurité sociale et les rapports avec l'administration fiscale.

A la division financière, le comptable s'occupe aussi bien de la gestion et du suivi des placements que de la gestion des stocks de fournitures et matériels de bureau.

S'agissant des activités propres à la comptabilité, le comptable s'occupe de ses attributions qui sont :

- l'imputation de tous les documents comptables après traitement et du suivi de la gestion de la trésorerie.
- De la saisie des informations comptables pour meubler les livres de la société.
- Des travaux d'inventaire et de l'élaboration de tous les états financiers à savoir : le compte d'exploitation générale (CEG), le compte des pertes et profits (CPP) et le bilan.

Ce service est subdivisé en deux (02) composantes que sont : la Division Comptabilité et la Division Placement. Il est à noter que certains travaux comptables comme l'élaboration du budget annuel et des états CIMA relèvent aussi de la comptabilité.

- Le Service Technique et Commercial est l'organe chargé, au sein de la compagnie, de s'occuper de toutes les questions techniques et commerciales relatives à l'assurance. Il regroupe en son sein deux (02) divisions avec différentes attributions. Entre autres nous avons :
  - La Division Production - Gestion est une entité chargée de l'émission

des contrats (décès, épargne et mixtes) de toute sorte et de leur gestion. Du point de vue de la gestion, il s'agit de toute modification à apporter aux contrats déjà en portefeuille. Ce sont de façon non limitative les différents avenants à savoir :

- Avenant de changement de souscripteur, d'assuré et de bénéficiaire.
- Avenant de transformation d'un type en un autre type de contrat.
- Avenant de réduction de durée ou de capital.
- Divers avenants (changement d'adresse, précision de nom, réduction ou prorogation de durée du contrat, réduction ou augmentation de prime, réduction ou augmentation de capital, précision de l'âge ou de la profession, précision de nombre d'échéance, précision du type et de la nature du contrat, précision de l'objet de la garantie, précision des exclusions etc.).

La Production Gestion est également chargée de la bonne tenue des comptes des assurés. A ce titre, elle constate les encaissements et leurs annulations aussi bien sur les affaires comptant que sur les affaires terme.

- La Division Règlement des Sinistres est chargée de régler tous les sinistres et autres prestations offertes à la clientèle (avances, rachats partiels ou totaux, capital échu, arrérage échu, sinistres décès et restitution en cas de trop perçu). Elle a également à sa charge la mise à la disposition de la clientèle des renseignements concernant les règlements (information des assurés et bénéficiaires de contrats sur les conditions de bénéfice des prestations). Enfin elle a pour rôle, la gestion des courriers, l'établissement des bordereaux de fin de période, la tenue des statistiques et tableaux de bord concernant les règlements.
- La Division Réassurance a pour rôle la cession des primes, la détermination des sinistres à la charge des réassureurs et l'élaboration des différents comptes de réassurance.

## **CHAPITRE 2 : L'AFRICAINNE DES ASSURANCES**

### **SECTION 1 : PRESENTATION ET EVOLUTION DE L'AFRICAINNE DES ASSURANCES**

#### **PARAGRAPHE 1 : NAISSANCE DE L'AFRICAINNE DES ASSURANCES**

Née des ruines de la SONAR le 05 novembre 1997, l'Africainne des Assurances est la première société privée agréée en assurances IARDT au Bénin. Elle a obtenu l'agrément du Ministre en charge des assurances après avis favorable de la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) le 30 décembre 1997 et a démarré ses activités le 30 mars 1998.

Elle a racheté le 29 mars 1998 le portefeuille des contrats IARDT de la SONAR à l'exception des sinistres survenus avant cette date. Ces sinistres relèvent du passif de la SONAR et ont été gérés par un organe de liquidation mis en place à cet effet.

Le capital social de FCFA 1.000.000.000 entièrement libéré est réparti comme suit :

- Etat Béninois.....	05 %
- Partenaires techniques.....	10 %
- Opérateurs économiques nationaux .....	85 %
	<hr/>
Total	100 %

L'Africainne des Assurances est sur le marché, la première compagnie IARDT en terme de chiffre d'affaires. Elle s'est établie à Cotonou à la Place du Souvenir (Ex place des Martyrs).

## PARAGRAPHE 2 : EVOLUTION DE LA COMPAGNIE

Première société privée à pratiquer les branches IARDT au Bénin, l'Africaine des Assurances fait face depuis sa création à l'avènement d'autres compagnies concurrentes dans les branches qu'elle exploite. Ces différentes compagnies ont obtenu l'agrément pour l'exercice de leurs activités entre 1998 et 2000.

En 1998, deux compagnies ont obtenu l'agrément à savoir la Nouvelle Société d'Assurances du Bénin (NSAB) le 07 mai 1998 et a démarré ses activités le 30 dudit mois, le 14 mai de la même année la Fédérale d'Assurances du Bénin (FEDAS) obtient l'agrément et ouvre ses portes le 01 juillet 1998. Puis le 30 août 1999 la Générale des Assurances du Bénin (GAB) obtient l'agrément après avoir démarré ses activités le 01 juillet de la même année. Enfin, l'Assurance Générale de France du Bénin (AGF) Bénin a obtenu l'agrément le 25 novembre 2000 après avoir ouvert ses portes dix (10) mois plus tôt.

Sur un marché animé par trois (03) compagnies en 1998 avec un chiffre d'affaires global de FCFA 7.745.474.728, l'Africaine des Assurances totalisait 4.745.700.782 FCFA soit 61,27 % des émissions de primes.

Malgré la concurrence et un marché difficile d'accès, l'Africaine des Assurances maintient sa place de leader sur le marché avec un chiffre d'affaires de 5.150.701.875 FCFA soit 30,2 % des réalisations du marché IARDT enregistrées en 2002 et l'on constate une progression, l'exercice suivant avec un chiffre d'affaires de FCFA 5.362.008.801.

L'Africaine des Assurances a mis en place une politique commerciale qui a pour objectif, de rester à l'écoute permanente du marché en adaptant ses produits aux besoins exprimés et détectés tout en mettant, l'accent sur la compétitivité et l'esprit d'innovation par la création de nouveaux produits.

## **SECTION 2 : ORGANISATION DE L'AFRICAINNE DES ASSURANCES ET SES PRODUITS**

### **PARAGRAPHE 1 : STRUCTURE DE L'ENTREPRISE**

En vue de la concrétisation et de la réalisation de ses objectifs, l'Africaine des Assurances a mis en place une organisation particulière (voir organigramme en annexe).

#### **A- DIRECTION GENERALE**

Le management de l'Africaine des Assurances est assuré par un Directeur Général. Il doit s'attacher à réaliser l'intégration des ressources humaines, matérielles et financières de l'entreprise en vue d'atteindre les objectifs que cette dernière s'est assignée. Le Directeur Général doit prévoir les buts et les moyens, organiser l'ensemble des ressources visées supra, coordonner et contrôler les activités de chacun par les résultats recherchés.

Le Directeur Général est assisté des organes jugés stratégiquement importants pour la société à savoir, l'Inspection Générale chargée des contrôles et de la qualité, le Service Informatique et le Service Marketing et Communication.

##### **1- Inspection Générale (IG) chargée des contrôles et de la qualité**

Véritable tour de contrôle de la Compagnie, l'IG a pour mission d'assister, la Direction Générale et les autres Directions dans l'exercice efficace de leurs responsabilités, en leur fournissant des données, des analyses, des appréciations, des commentaires pertinents et des recommandations concernant les activités menées par ou pour le compte de la compagnie.

Elle veille au fonctionnement du système de qualité à travers un contrôle permanent des opérations de production et de règlement des sinistres.

Elle regroupe le Service Audit Interne et Contrôle de Gestion et celui de l'Inspection des opérations.

Le Service Audit Interne et Contrôle de Gestion a pour rôle dans sa section Audit Interne d'évaluer en permanence le système de contrôle interne à travers l'examen minutieux de l'ensemble des procédures réelles comparées aux normes de fonctionnement de l'entreprise. Dans sa section Contrôle de Gestion, il devra aider la Direction Générale et tous les responsables, tant opérationnels que fonctionnels, à maîtriser la gestion, en leur donnant les moyens de gérer leur structure.

Le Service Inspection des opérations a pour mission le contrôle de la production et des sinistres. Le contrôle de la production s'exerce tant sur l'organisation mise en place et les méthodes de travail, que sur la qualité des produits ou prestations, que sur les délais de réponse à la clientèle. Le contrôle des sinistres passera par des investigations relatives à des dossiers de sinistres, menées pour s'assurer de la réalité des pièces de réclamations fournies par les assurés et/ou bénéficiaires de contrats. Il consistera également à des actions légales de poursuite éventuelle contre les faussaires détectés.

## 2- Service Informatique

Ce Service exerce les fonctions d'étude, de réalisation, de conseils et d'assistance dans le domaine du traitement automatisé de l'information au sein de la Compagnie. Ces fonctions s'insèrent dans un plan et dans un programme informatique élaborés en relation avec les Services utilisateurs, conformément aux grandes orientations définies par la Direction Générale.

Il est chargé de l'édition et de la communication aux entités concernées de tous les documents périodiques de gestion définies au niveau de la société.

## 3- Service Marketing et Communication

Il a pour mission, l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies et plans marketing ; la définition et la mise en œuvre d'une politique de communication ;

l'étude et la mise en œuvre des moyens d'amélioration de l'image de marque de la Compagnie et de création d'un climat favorable dans ses relations avec l'extérieur; la planification, la budgétisation et l'évaluation périodique des actions commerciales ; le suivi de la clientèle.

En sus de ces organes directement rattachés à la Direction Générale, le Directeur Général est soutenu par quatre (04) directions à savoir : la Direction de la Production, la Direction des Sinistres, la Direction Administration et des Ressources Humaines et la Direction Comptable et Financière.

## **B- DIRECTIONS TECHNIQUES**

Il s'agit de :

- **la Direction de la Production (DP)** qui a en charge les études ou opérations techniques et commerciales indispensables à la survie et au développement de la Compagnie. Elle est chargée, d'accompagner les centres de production sur le terrain ou d'aider à la tarification, des visites des risques ou de la clientèle pour le développement des affaires directes.

Elle est en charge de la définition et de la mise en œuvre de la politique commerciale de la société, de la collecte d'informations utiles à la conception et à la mise au point de nouveaux produits. L'organisation et l'animation des bureaux directs, la rédaction des rapports d'activités, le suivi de la relation avec les intermédiaires et l'animation de la force de vente relèvent également de sa compétence.

Cette Direction est composée du Service Réassurance et Caution, du Service Etudes et Développement, des Bureaux Directs, du Service Courtage et du Service Suivi et Animation du Réseau des Agences.

- **La Direction des Sinistres (DS)** qui a en charge l'organisation et l'animation des différents services sinistres à savoir les Services Sinistres Automobiles, Sinistres IRDT et Maladie et le Service Juridique et Contentieux Sinistres.

Elle s'occupe de la gestion et de la surveillance des sinistres déclarés à la compagnie ; du suivi et du traitement des dossiers non évolutifs ; du suivi des affaires contentieuses et de l'exercice de subrogation enfin du service après vente de la compagnie.

- **La Direction Administration et des Ressources Humaines (DARH)** qui est chargée de la gestion des affaires administratives de la société ; de la gestion du personnel et de sa formation ; de l'approvisionnement et de la gestion des stocks enfin de la gestion des biens meubles et immeubles de l'entreprise.

Elle comprend deux services : le Service Administration et celui des Ressources Humaines.

- **La Direction Comptable et Financière (DCF)** est chargée du suivi de tous les comptes financiers de la société ; de la gestion de la trésorerie et de la mise en œuvre de la politique de placement dans le respect des dispositions du code CIMA. Elle participe de façon étroite à l'élaboration des états statistiques CIMA et du budget de la compagnie en rapport avec l'Inspection Générale.

Elle est composée du service comptable et du service financier et placements.

## **PARAGRAPHE 2 : PRINCIPAUX PRODUITS DE L'AFRICAINNE DES ASSURANCES**

### **A- EN ASSURANCE DE DOMMAGES**

L'Africaine des Assurances offre sur le marché une variété de produits pour la garantie des dommages aux biens et celle de la responsabilité civile encourue par ses assurés. Ces produits sont :

- Assurance automobile ;
- Assurance incendie ;
- Assurance perte d'exploitation ;
- Assurance responsabilité civile ;
- Assurance transport des marchandises ;
- Assurance multirisque professionnelle ;
- Assurance multirisque habitation ;

Elle propose également l'assurance maladie et l'individuelle accident qui relèvent de l'assurance de personnes.

### **B- INNOVATIONS EN MATIERE DE PRODUITS**

A la poursuite de ses objectifs qui concernent tant l'écoute et la satisfaction des besoins de ses assurés, la société a mis sur le marché de nouveaux produits. Il s'agit de : l'assurance caution, l'assurance sécurité voyage séjour, l'assurance protection du conducteur et l'assurance sécurité familiale accidents.

L'assurance caution est un contrat par lequel l'assureur s'engage envers un bénéficiaire à exécuter l'obligation du cautionné si ce dernier n'y satisfait pas. Ce produit s'adresse aux entreprises installées sur le territoire béninois ayant exprimé le besoin d'être cautionnées dans le cadre de leurs activités professionnelles. Ce contrat revêt trois (03) formes principales : la caution professionnelle, la caution sur marché et la caution commerciale.

L'assurance sécurité voyage séjour est destinée aux émigrants pour leur protection aussi bien au cours du voyage que pendant leur séjour. Cette assurance permet aussi aux voyageurs à qui les ambassades et consulats européens exigent certaines garanties avant d'accorder le visa de séjour. Elle couvre l'individuelle accident, la maladie, l'assistance et le rapatriement en cas de décès.

L'assurance sécurité familiale accidents est une variante de l'individuelle accident étendue à toute la famille (père, mère, enfants à charge).

Deuxième Partie : LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE A

L'AFRICAINNE DES ASSURANCES ET LA LUTTE CONTRE LA

FRAUDE

## **CHAPITRE 1 : LE FONCTIONNEMENT ACTUEL DE L'ASSURANCE MALADIE**

### **SECTION 1 : CONTENU DE L'ASSURANCE MALADIE ET PROCEDURE DE REGLEMENT**

#### **PARAGRAPHE 1 : CONTENU DE L'ASSURANCE MALADIE**

##### **A- DEFINITION DE LA MALADIE ET PRESENTATION DES DIFFERENTES GARANTIES**

Du point de vue de l'assureur maladie, la maladie est une altération ou dégradation de l'état de santé d'une personne constatée médicalement par une autorité compétente.

Pour assurer un tel risque, il a été mis en place deux types de contrats qui sont identiques du point de vue couverture mais présentent de grandes différences dans la mise en œuvre des garanties. Il s'agit de :

➤ **La police d'assurance maladie individuelle ou « famille »** qui porte sur la tête de l'individu pris isolément. L'assuré souscrit ici le contrat en connaissance de cause, il pose un acte responsable et de prévoyance après avoir pris en compte les risques encourus par lui-même et/ou sa famille. De plus, l'assuré maladie subit une sélection d'autant plus sévère que les risques à assurer ou la durée du / des contrats sont importants.

L'assuré sélectionné, paye une prime ou cotisation en fonction de son âge et de son état de santé. Cette prime peut connaître de grandes amplitudes au fil du temps. Il est important de préciser que cette catégorie d'assurance est très peu souscrite au Bénin du fait du coût élevé de la prime. C'est pourquoi cette police est quasi inexistante dans le portefeuille de l'Africaine des Assurances, il n'existe à ce jour qu'un seul contrat.

➤ **La police d'assurance maladie groupe** qui s'adresse à un groupe constitué de quatre (4) familles au minimum à l'Africaine des Assurances. Généralement c'est le chef d'entreprise ou le représentant du groupe qui souscrit ce contrat auprès de la Compagnie, ce contrat constitue pour l'assuré un avantage social non négligeable et certain lorsqu'il participe à un tel groupe.

Les formalités d'adhésion sont d'autant plus souples que la population est importante, et cette adhésion en elle-même est obligatoire.

Le risque d'anti-sélection que l'assureur peut craindre ne se justifiant plus, la démarche d'acceptation sera plus souple qu'en assurance maladie individuelle. Par le contrat groupe, l'assureur accepte même certains risques aggravés qu'il aurait rejeté dans le cas d'une proposition individuelle. Il arrive souvent que certains adhérents portent en eux des affections graves ; dans ce cas, l'assureur ajuste la prime par la majoration de son taux.

Dans les contrats groupes, les garanties souscrites ne répondent pas forcément aux besoins spécifiques de chaque adhérent du fait des plafonds et garanties standardisés pour tout le groupe. L'adhérent se trouve donc assuré sans avoir la possibilité de discuter des conditions du contrat, la négociation revient à l'employeur ou au représentant du groupe compte tenu de sa situation financière.

Il est à préciser que cette police constitue l'essentiel du portefeuille maladie de l'Africaine des Assurances.

## **B- MECANISME DE SOUSCRIPTION DU CONTRAT ET SON FONCTIONNEMENT**

La souscription d'une police maladie passe nécessairement par deux (02) étapes clefs. Il s'agit du questionnaire médical et du délai d'attente.

La première permet à l'assureur d'apprécier le risque et d'en juger les conditions de garantie. Selon les cas et l'avis du médecin conseil, une majoration peut être appliquée suite aux risques aggravés du groupe ou la souscription peut

être abandonnée dans le cas de la police maladie famille si après application de la majoration maximum, la prime est trop élevée. Rappelons ici que le code CIMA précise en son article 12-2 que l'assuré se doit de répondre exactement aux questions posées par l'assureur. Ce dernier prendra soin de les formuler avec précision et clarté.

La seconde étape évite à l'assureur de prendre en charge les maladies qui sont antérieures à la date de paiement de la première prime. Le délai de carence (fixé à deux mois à compter de la date d'effet) permet à l'assureur de rejeter les conséquences des maladies constatées avant son effet, elle prendra en charge les frais exposés après ce délai même si la maladie a été constatée durant la période de carence.

Par ailleurs, il est à préciser que le contrat prend effet après l'acceptation du risque par l'assureur et le paiement de la première prime. Le contrat, une fois établi, porte un numéro de police, et constitue un dossier comportant toutes les informations qui permettront sa gestion. Un carnet SANTE PLUS est délivré à l'assuré, carnet qui lui permettra d'avoir accès aux soins et à la livraison des produits pharmaceutiques garantis dans les différents centres agréés moyennant le paiement du ticket modérateur.

La période de garantie est de douze mois et les contrats sont en général à tacite reconduction. Cependant, le contrat peut être résilié suivant les conditions de résiliation de l'article 21 du code CIMA moyennant préavis de deux mois. En plus des cas sus cités, la garantie cesse de plein droit et sans préavis pour :

- Les assurés ayant atteint 60 ans d'âge.
- Les enfants assurés ayant atteint 21 ans et qui ne fréquentent plus ou lorsqu'ils ne sont plus à la charge de l'assuré.
- En cas de décès de l'assuré principal.

La cessation de la garantie implique celle des prestations de l'assureur. Toujours est-il que l'assureur rembourse au souscripteur la portion de prime payée d'avance lorsque la résiliation intervient en cours de contrat. Cette portion de prime reste due à l'assureur lorsque la résiliation intervient en cas de non paiement de

prime, de fraude, ou de tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre. Dans ce cas précis, la garantie et le droit aux prestations cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

Lorsqu'il s'agit des accidents et maladies infectieuses, les prestations cessent à la date d'effet de la résiliation. Il en est de même pour toutes les autres maladies ainsi que la maternité.

### **C- GARANTIES ET EXCLUSIONS DE LA POLICE**

L'assurance maladie a pour objet de garantir le remboursement des frais de traitement nécessités par une maladie ou un accident tout en excluant certaines affections ou produits.

➤ **Les garanties proposées se subdivisent en garantie de base et en garanties optionnelles ou complémentaires.** Pour la garantie de base, il s'agira pour l'assureur de prendre en charge le remboursement à concurrence d'un pourcentage préalablement fixé au contrat des frais engagés suite à une maladie d'un membre de la famille de l'assuré. Ces remboursements portent essentiellement sur : les frais de consultation, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, pharmaceutiques et d'accouchement. Les frais d'optiques, l'évacuation sanitaire, le rapatriement de corps et les soins dentaires sont garantis en extension.

➤ **Les exclusions communes à toutes les garanties.** Elles portent essentiellement sur :

- les accidents survenus ou maladie constatée avant la date de prise d'effet de la garantie ou avant la date d'incorporation au contrat;
- les maladies et accidents résultant du fait volontaire de l'assuré, de l'alcoolisme, de l'usage de stupéfiants et des tentatives de suicide ;
- les accidents occasionnés par la pratique de sports dangereux (alpinisme, chasse sous-marine, boxe, catch, rugby, etc.) ;
- les accidents de navigation aérienne sauf celui survenu lorsque l'assuré a pris place en qualité de passagers dans un appareil (hélicoptère compris) destiné

- au transport public de passagers disposant de toutes les autorisations et certificats, et piloté par un détenteur de brevet et d'une licence valide ;
- la participation à des raids sportifs, vols d'essai ou de compétition, vols d'apprentissage, descente en parachute non motivée par une raison de sécurité ;
  - la participation à des courses, matchs, paris, acrobaties aériennes, records, tentatives de records ou essais, vol à voile ;
  - les accidents ou maladies provenant de faits de guerre étrangère ou civile ou survenu pendant le service militaire ;
  - la participation de l'assuré aux insurrections, émeutes ou rixes ;

Par ailleurs, il existe des frais et soins exclus de toutes les garanties (voir annexe).

Ces précisions au niveau des garanties et exclusions permettront une meilleure approche du règlement en assurance maladie.

## **PARAGRAPHE 2 : REGLEMENT EN ASSURANCE MALADIE**

### **A- REMBOURSEMENT EN ASSURANCE MALADIE**

Le remboursement des dépenses de santé se fait sur la base d'un plafond fixé au contrat par famille. La prime nette de la police est déterminée sur la base de ce plafond et des garanties complémentaires. La garantie standard offerte par l'AFRICAINNE prévoit en général un plafond de FCFA 2.000.000 par famille et par an.

Le taux de remboursement est fixé à 80 % pour les soins au Bénin et à 70 % en Afrique et en Europe. Le taux de remboursement est le pourcentage appliqué par l'assureur au montant total des frais engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires au titre des garanties accordées. Mais le souscripteur peut négocier avec l'assureur aussi bien le plafond de garantie par famille que le taux de remboursement à appliquer aux assurés et à leurs bénéficiaires. Cette négociation implique l'application d'une surprime. Ce taux varie entre 40% et 100%.

Il est prévu dans tous les contrats maladie une clause d'ajustement de la prime en fin de contrat. Cette clause constitue un élément important de moralisation du groupe. Il est procédé à l'échéance du contrat au calcul du résultat technique de la police afin de déterminer le rapport sinistres à primes (S/P) du contrat expiré. Le but recherché est de maintenir l'équilibre du contrat. C'est pourquoi en fonction du résultat un ajustement de prime sera établi et prendra effet au renouvellement du contrat. L'équilibre sera maintenu par une majoration ou une diminution du taux de prime conformément au tableau ci-dessous :

**Tableau 2** : Taux d'ajustement de la prime

Rapport S/P	Pourcentage d'ajustement
0 à 44 %	Réduction de 25 %
45 % à 54 %	Réduction de 15 %
55 % à 64 %	Réduction de 5 %
65 % à 74 %	Sans changement
75 % à 84 %	Majoration de 15 %
85 % à 99 %	Majoration de 30 %
100% à 114 %	Majoration de 50 %
115 % à 129 %	Majoration de 70 %
130 % à plus	Majoration de 100 %

Source : Conditions générales de la police maladie de l'Africaine des Assurances.

## **B- PROCEDURE DE REGLEMENT**

La déclaration du sinistre incombe à l'assuré. L'assuré est tenu d'informer l'assureur de la survenance du risque contre lequel il s'est prémuni. Conformément aux dispositions de l'article 12-4 du code CIMA : « l'assuré est obligé de donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés ». En ce qui concerne l'assurance maladie le délai de déclaration varie d'un cas à l'autre et en fonction des pièces à fournir par l'assuré.

L'assuré ou ses bénéficiaires devra fournir les pièces suivantes lors de la réclamation :

- en cas de maladie ou d'accident, toutes les pièces justificatives des frais de traitement ou d'hospitalisation engagés dans les 30 jours qui suivent la guérison et au plus tard à la fin du troisième mois pour les traitements de longue durée.

- en cas d'hospitalisation ou d'accident, un certificat médical initial descriptif de l'affection ou des blessures.

- la fiche de déclaration maladie dûment remplie par l'assuré et les différents prestataires. Cette fiche contient les renseignements ci-après :

- le nom du souscripteur de la police ou de la société où travaille l'assuré principal
- le nom de l'assuré principal
- son numéro de police
- son numéro d'assuré
- le nom de la personne malade
- la date du début de la maladie
- la date, les causes et les circonstances de l'accident
- le nom et l'adresse du tiers responsable
- le nom du médecin traitant et son cachet
- la nature de la maladie
- le relevé d'honoraire et/ou de la clinique ou le centre de santé traitant (voir fiche en annexe).

Cette fiche est à retirer au préalable auprès de l'Africaine.

En cas de maladie, l'indemnité est déterminée en fonction des frais réellement engagés par l'assuré selon la zone de prestation c'est-à-dire le pays dans lequel l'assuré a bénéficié des soins, le taux de remboursement fixé au contrat et le plafond par type d'acte. En ce qui concerne l'évacuation sanitaire, les prestations de

l'assureur se limiteront au transport de l'assuré malade et de son médecin traitant s'il y a lieu, et à la prise en charge des soins dans la limite prévue au contrat.

## **SECTION 2 : POLITIQUE DE GESTION MISE EN PLACE PAR L'AFRICAIN DES ASSURANCES**

L'assurance maladie a deux modes de règlement de sinistres à savoir le système classique ou de préfinancement par l'assuré et le système du Tiers payant.

### **PARAGRAPHE 1 : SYSTEME CLASSIQUE OU DE PREFINANCEMENT**

Le système de préfinancement est une formule de règlement en assurance maladie généralement adoptée pour les cas d'urgence, les centres de santé non agréés et même ceux parfois agréés et les cas d'évacuation sanitaire. Cette formule permet à l'assuré ou au bénéficiaire malade de prendre en charge les frais des soins et les produits pharmaceutiques à 100 %, puis de se faire rembourser par l'assureur comme prévu aux conditions particulières du contrat qui les lie.

Une fois le dossier étudié et accepté, l'assureur s'engage à rembourser à hauteur d'un pourcentage convenu, les frais engagés tels que définis au contrat.

Les prestations de l'assureur dans ce système ont la double particularité d'être fréquentes et d'un montant peu élevé ; car c'est l'assuré qui avance la totalité des frais de traitement de la maladie. Il est à signaler que cette démarche est plus courante chez les assurés ayant une disponibilité financière.

Le remboursement se faisant sur la base de références objectives soigneusement et initialement déterminées au contrat, l'estimation du sinistre se fera sur la base de justificatifs à savoir : la fiche de déclaration maladie dûment remplie par le médecin traitant ou les pharmaciens, l'ordonnance dûment signée par le médecin traitant et portant son cachet, les factures détaillant les prestations servies par les structures de santé. Ces justificatifs sont à transmettre à l'assureur dans un délai maximum de 30 jours.

## PARAGRAPHE 2 : SYSTEME DU TIERS PAYANT

Ce système permet à l'assuré de ne pas engager la totalité des frais de traitement, ni celle des produits pharmaceutiques. Il ne versera en général que les 20 % ou rien du tout selon les clauses du contrat. Le praticien et les différents prestataires se font rembourser directement par l'assureur dans la limite de ce qu'il prend en charge.

Ce remboursement suppose des accords préalables passés entre l'Africaine des Assurances et les structures médicales et pharmaceutiques, permettant ainsi la dispense du paiement de l'intégralité des fonds par l'assuré avant de bénéficier des soins ou d'obtenir les médicaments qui lui sont prescrits. L'accord découle d'un agrément donné à une structure médicale ou une pharmacie après qu'elle ait rempli les conditions requises.

Le système du Tiers payant est aussi celui qui fonctionne sur base du ticket modérateur. Le ticket modérateur représente la quote part, généralement fixée à 20 % des frais de traitement supportés par l'assuré lui-même.

Pour les cliniques et les hôpitaux publics agréés, l'assuré se présentera généralement muni de son carnet « SANTE PLUS » et de la fiche de déclaration maladie qu'il prend soin de retirer à l'avance chez son assureur. Il est conseillé à l'assuré d'en détenir plusieurs exemplaires par précaution. Ensuite il présentera ces documents au médecin traitant afin de bénéficier des prestations relatives à sa maladie ou à son accident le cas échéant. Il devra s'acquitter ou non de son ticket modérateur selon les clauses du contrat. L'assuré devra veiller à garder une copie de l'ordonnance qui lui a été délivrée et de la fiche maladie dûment remplie. A la fin du mois, la clinique ou l'hôpital adresse à l'assureur un relevé détaillé des soins fournis accompagné d'une facture pour paiement. Cette facture devra préciser pour chaque assuré le nom du malade, son numéro d'assuré et son numéro de police.

Au niveau des pharmacies, l'assuré devra se présenter avec une fiche de déclaration maladie portant la nature de l'affection, le nom et la signature du médecin traitant ; son carnet « SANTE PLUS » et l'ordonnance du médecin traitant pour achat des produits prescrits et surtout garantis au contrat. Ici l'assuré devra s'acquitter du ticket modérateur ou non selon le contrat. Il est à préciser que le ticket modérateur varie d'un contrat à un autre et d'un type de produit à un autre. Lorsque le taux du ticket modérateur est différent du taux standard de 20 %, il est expressément inscrit dans le carnet SANTE PLUS. Le pharmacien doit conserver la fiche maladie et l'ordonnance tout en ayant au préalable apposé son cachet et recueillir la décharge de l'assuré confirmant que les médicaments lui ont été servis. En fin de mois il les transmet à l'assureur.

Dans ce processus, les personnes mal intentionnées montent et introduisent parfois des dossiers de fraude. De l'avis des gestionnaires de la branche maladie, la fraude pourrait continuer à croître si rien n'est fait. Malheureusement aucune statistique n'est tenue au sein de l'Africaine des Assurances en vue d'évaluer le taux de fraude dans la déclaration maladie. Cette situation a un impact négatif sur la gestion de la branche.

## **CHAPITRE 2 : LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE**

### **SECTION 1 : LA FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE**

#### **PARAGRAPHE 1 : DEFINITION ET MANIFESTATION**

##### **A- DEFINITION DE LA FRAUDE**

Le dictionnaire Larousse de poche 2003 définit la fraude comme étant un acte de mauvaise foi qui contrevient à la loi ou aux règlements et nuit au droit d'autrui.

Le dictionnaire encyclopédique Hachette édition 2002 définit la fraude comme une action faite de mauvaise foi pour tromper.

Nous pouvons à partir de ces deux définitions parler de la fraude comme étant un phénomène général et dilué qui s'observe à tous les niveaux (social, politique et économique). Nous pourrions citer comme exemple la fraude :

- à l'examen et aux concours ;
- fiscale, douanière ;
- électorale ;
- électronique (liée aux transactions bancaires) etc.

Du point de vue juridique, la fraude est une action révélant chez son auteur la volonté de nuire à autrui (lexique des termes juridiques, 12<sup>ème</sup> édition, 1999).

En recentrant la fraude à l'assurance et en particulier à l'assurance maladie, nous pouvons la définir comme étant : l'ensemble des actions qui visent à obtenir ou à faire obtenir ou tenter d'obtenir des prestations qui ne sont pas dues. Ce qui veut dire que la fraude en assurance maladie relève également de la mauvaise foi d'une, de plusieurs personnes ou des personnes regroupées en association à savoir les assurés et leurs bénéficiaires, les prestataires de services (médecins, pharmaciens etc.) ou d'autres catégories de personnes qui déclarent des sinistres réels mais

volontairement aggravés ou sinistres fictifs grâce à divers moyens dont la connaissance conditionne les remèdes à y apporter.

## **B- MANIFESTATION DE LA FRAUDE**

La fraude en assurance maladie est un risque croissant pour les entreprises d'assurance et agit négativement sur les sinistres qui constituent des charges techniques pour la compagnie. La fraude à l'assurance maladie se manifeste de diverses façons et varie d'un individu ou d'un groupe d'individus à un autre. Les récents cas de fraude observés permettent de faire le constat ci-après:

- les fraudeurs se professionnalisent c'est-à-dire qu'il ne s'agit plus de personnes isolées mais de plus en plus souvent de groupes structurés qu'on peut appeler réseau.

La fraude en assurance maladie est difficile à détecter et nécessite une gestion et une attention particulières. Détecter les prestations frauduleuses revient à chercher une aiguille dans une botte de foin.

Elle se manifeste à plusieurs niveaux. Nous pouvons distinguer : la fraude au niveau des assurés et celle au niveau des prestataires de service.

### **❖ Au niveau des assurés**

- **Le faux sinistre** : le faux sinistre est caractérisé par une déclaration qui repose sur du néant c'est-à-dire sur l'inexistence de l'évènement tel que prévu au contrat. Il s'agit ici de la maladie ou de l'accident. Les documents sont donc montés de toutes pièces par l'assuré avec l'aide du corps médical, et/ou paramédical (infirmiers, dentistes, pharmaciens, agents de la pharmacie, médecins, biologistes) ou tout autre faussaire.

- « **Le vrai faux sinistre** » : que nous pouvons caractériser par

caractérisé par une substitution de personnes. En effet, il donne lieu à une déclaration avec des documents véritables mais qui ont été prêtés à une tierce personne.

Ce cas de fraude se traduit par le prêt du carnet de santé à une autre personne, non assurée, avec souvent la complicité du médecin traitant en vue de faire rembourser par l'assureur, des prestations qui ne sont pas dues. C'est le cas le plus fréquent.

- **Les soins fictifs** : lorsque l'assuré a fait l'avance des frais, il ressent un intérêt direct à se faire rembourser pour plus de soins qu'il n'en a reçus (en majorant les tarifs ou en produisant de fausses factures) ou à se faire facturer des soins non subis.

Ce cas s'observe généralement dans le système classique de gestion des dossiers d'assurance maladie. Comme nous l'avons évoqué plus haut, certains assurés ayant une disponibilité financière préfèrent en cas d'urgence avancer les frais de traitement de la maladie et se faire ensuite rembourser par l'assureur. Cependant, une partie de ces assurés animée de mauvaise foi, en complicité avec certains prestataires agréés indécents obtiennent parfois des reçus fictifs de frais médicaux, de fausses ordonnances et même des tickets de caisse auprès de certains employés de pharmacie qu'ils transmettent par la suite à l'assureur pour se faire rembourser.

Ce sont là des cas fréquemment développés par les assurés mais qui sont difficiles à détecter. Dans la pratique, les stratégies de fraude peuvent aussi être montées par les prestataires de services intervenant dans le contrat maladie.

#### ❖ **Au niveau des prestataires de services**

- **Majoration du nombre des malades assurés** : ce cas se caractérise par une augmentation fictive du nombre d'assurés ayant réellement subi les prestations médicales.

Comme nous l'avons signalé plus haut, à la fin de chaque mois, les pharmaciens ou les cliniques agréés devront présenter à l'assureur un relevé des prestations fournies pour paiement, sous un délai allant de 15 à 30 jours. Ceux des prestataires indéliçats glissent des fiches fictives avec fausses signatures au nom de certains assurés qu'ils auraient pris la peine d'identifier et de relever le numéro de police.

- **Majoration des actes médicaux** : elle se manifeste par une extension volontaire de la liste des actes médicaux réellement pratiqués et une facturation de soins non effectués. Ce cas s'observe aussi bien au niveau des centres de santé publics que des cliniques privées qui se prêtent à ce jeu.

Ce cas de fraude est toujours décelé par le médecin conseil lorsqu'il décide d'un entretien avec les assurés à consommations élevées.

- **La surprescription** : le corps médical s'entend avec les assurés, leur prescrit des produits sur ordonnance qui n'ont aucun rapport avec le mal détecté, en vue de la revente de ces produits à d'autres patients après ravitaillement dans les pharmacies.

L'assuré a par exemple besoin d'antibiotique et d'anti douleur pour un ami ou un parent malade auquel ces produits ont été prescrits, ou inversement le médecin doit vendre ces produits à une autre personne malade à qui il les a promis. Les deux, en complicité ajoutent ces produits, à l'ordonnance de l'assuré. Ces cas sont souvent détectés par la non conformité des prescriptions avec la pathologie diagnostiquée. Mais certains médecins très malins arrivent à veiller à la conformité diagnostic et prescription; ce qui rend la preuve de la fraude difficile à établir.

- **La surfacturation des soins effectués** : Il s'agit de facturer des soins non réellement effectués ou de surévaluer la cotation d'actes médicaux ou encore de sur tarifier les produits remboursables.

Le non respect de la nomenclature des actes médicaux est très répandu dans la plupart des structures médicales agréées qui optent chacune pour des tarifs

différents. En effet, selon la nomenclature internationale, l'acte opératoire césarienne est codé « K » ou « KC ». Ainsi le « K » opératoire au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) est à 700 FCFA alors que dans les cliniques privées il est à 1000 FCFA. Dès lors l'ablation de tumeur bénigne du sein sous anesthésie locale est codée « K30 », ce qui coûterait donc au CNHU 21.000 FCFA et dans les cliniques privées 30.000 FCFA, mais nous constatons que des cliniques vont même jusqu'à « K50 » soit 50.000 FCFA pour le même acte médical. Il est à noter que toutes les structures ne respectent pas systématiquement ces coefficients. En d'autres termes, dans la plupart des déclarations en assurance maladie, les coefficients sont toujours supérieurs à la normale. Tous ces cas de fraude ont un intérêt directement pécuniaire : accroître frauduleusement le revenu de son auteur. Mais ces situations influent sur l'équilibre de gestion de cette branche.

- **La création d'achat fictif** : Il s'agit ici des vendeurs dans les pharmacies qui frauduleusement arrivent à obtenir des assurés des fiches maladies. Ces vendeurs parviennent à relever le nom, le numéro de police de certains assurés qui ont l'habitude d'acheter dans leurs officines et font des achats au nom de ces derniers. Ils glissent après les fiches dans le lot des fiches à envoyer à l'assureur pour règlement.

Il faut préciser que ces vendeurs vont jusqu'à fabriquer des cachets de certains centres de santé agréés.

## **PARAGRAPHE 2 : IMPACT DE LA FRAUDE SUR LES RESULTATS DE LA BRANCHE**

D'une manière générale, la branche maladie compte tenu de son utilité (produit d'appel) occupe une place importante dans le portefeuille de l'Africaine des Assurances. Elle représente à elle seule une part non négligeable du chiffre d'affaires total réalisé. En 2005, le chiffre d'affaires en maladie s'élevait à FCFA 762.000.000 contre FCFA 727.000.000 en 2004.

Une analyse de la situation de l'assurance maladie fait remarquer que le compte de la branche est déséquilibré. Les sinistres survenus qui constituent des charges techniques augmentent d'année en année.

Le niveau des dépenses en règlement dans cette branche est sans cesse croissant comme l'indique les taux sus cités. Ces dépenses importantes reflètent l'efficacité de l'AFRICAINNE dans la couverture maladie. Elle prend en charge une part importante des dépenses de santé de ses assurés. Mais la progression de ces dépenses n'est pas encore maîtrisée. L'avancée des dépenses en prestation santé est beaucoup plus rapide que les recettes dans cette branche (primes ou cotisations), ce qui provoque des déficits récurrents.

**Tableau 3** : Récapitulatif des résultats de la branche sur 2ans

	Exercice (en FCFA)		Evolution (en %)
	2004	2005	2005/2004
Chiffre d'affaires (P)	727.000.000	762.000.000	48,14
Sinistres réglés (S)	516.328.337	641.197.496	24,18
R = S/P	71,02 %	84,15%	

Source : Africaine des Assurances

Les risques de fraude du fait des assurés et prestataires de services, ont une incidence remarquable sur le rendement du produit « Maladie ». Ainsi, les assurés, les professionnels et les établissements de santé usent des moyens les plus astucieux et malhonnêtes pour bénéficier des prestations. Il est à constater que la plupart des déclarations faites par ces derniers est source d'abus, entraînant obligatoirement l'engagement de l'assureur qui consiste au remboursement total ou partiel des frais engagés. Pour ce faire, la consommation totale de soins remboursés ne cesse d'augmenter. Chaque année, le nombre de sinistres gonfle considérablement les dépenses effectuées. A preuve les sinistres réglés ont connu une progression de près de FCFA 124.869.155 (24.18 %) entre 2004 et 2005.

En somme, ces différents cas de fraudes tant chez les prestataires de services que chez l'assuré réduisent considérablement le résultat de fin d'année, d'où il convient d'envisager des solutions aptes à atténuer la progression de la fraude.

C'est pour cela que face à cette évolution non encore maîtrisée et ces déficits récurrents, la compagnie s'est dotée de mesures de lutte contre la fraude qui en est la cause. En adoptant ces mesures l'Africaine des Assurances a pour objectif de revoir et améliorer en profondeur le système de gestion des sinistres maladie.

## **SECTION 2 : MESURES ET ORGANISATION POUR UNE MEILLEURE LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE MALADIE**

### **PARAGRAPHE 1 : MESURES ACTUELLES DE LUTTE PRISES PAR L'AFRICAINNE DES ASSURANCES**

Les mesures prises par l'Africaine des Assurances ont pour but de circonscrire la fraude qui affecte sans aucun doute le rendement du produit maladie.

#### **A- AU NIVEAU INTERNE**

Diverses mesures pour un meilleur contrôle ont été mises en place au sein de l'organisation du Service chargé du règlement des dossiers sinistres maladie. Nous pouvons parler de :

- L'instauration du carnet SANTE PLUS avec incorporation de la photo d'identité de l'assuré et de ses bénéficiaires. Malgré la présence de la photographie des personnes pouvant bénéficier de la couverture d'assurance, le prestataire ne prend pas toujours la peine de faire les vérifications nécessaires à la certification de ce que la personne qui se présente à lui munie de ce carnet en soit réellement le bénéficiaire. Ce carnet a pour avantage, avec la contribution des prestataires, de limiter les prestations aux réels bénéficiaires. Il reste bien évidemment le problème

de la conservation de ces carnets qui peuvent se froisser ou se déchirer en cours d'usage, ce qui rend l'identification parfois difficile.

- La mise à disposition du service maladie des seuls agents maîtrisant les règles et principes de règlement édictés dans le manuel de procédure. Ce système évite à la société de gérer les erreurs sur l'attribution des prestations (pourcentage à appliquer, plafond des actes et des garanties etc.) et permet un service plus efficace et plus rapide.

- Le recrutement du médecin conseil. Jusqu'au mois de juillet 2006, les deux médecins conseils de la compagnie étaient consultés de façon expresse pour les cas suspects détectés. Cependant, ils visaient tous les courriers des prestataires agréés et des réclamations individuelles avant leur traitement. Mais depuis août, un médecin conseil permanent est recruté au sein de la Compagnie. Pour les cas d'intervention chirurgicale le médecin avant de se prononcer sur la facture proformat peut demander à voir le patient, il en est de même pour certaines ordonnances de montant exorbitant.

Le médecin effectue également des visites inopinées ou non auprès des prestataires.

Sa présence favorise un traitement plus rapide des réclamations des assurés ou des factures des prestataires. Elle constitue une mise en garde et un rappel pour les prestataires indécis.

## **B- AU NIVEAU EXTERNE**

L'Africaine des Assurances a pris comme mesure sur le plan externe :

- la conscientisation périodique des prestataires sur les dangers des mauvaises pratiques. Ces dangers compromettent non seulement leur droit à remboursement mais aussi et surtout les résultats de la société dans la branche.

## **PARAGRAPHE 2 : ORGANISATION POUR UNE MEILLEURE LUTTE CONTRE LA FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE**

L'assureur maladie, comme nous l'avons signalé plus haut, est garant de la bonne utilisation des primes encaissées et de l'égalité de prestation. C'est pourquoi, il est judicieux de se pencher sur le risque de fraude qui devient un phénomène généralisé contre lequel nous allons essayer d'apporter une ébauche de solutions pour une meilleure lutte.

Ces moyens de lutte doivent être suivis d'une grande rigueur dans le contrôle de toutes les étapes du sinistre et doivent concerner tous les acteurs de l'assurance maladie (l'assureur et ses agents, le médecin conseil, les assurés, les bénéficiaires et les prestataires).

Pour être efficaces, ces moyens doivent viser les différentes manifestations connues de la fraude dès leur origine, c'est-à-dire depuis la demande de couverture, l'acceptation, la prise d'effet, jusqu'au sinistre et à son règlement. Nous envisageons des solutions à différents niveaux.

### **A- ACTIONS A MENER PAR L'ASSUREUR AU SEIN DE LA SOCIETE**

#### **1- Une nouvelle organisation**

Pour une lutte efficace contre la fraude, l'Africaine des Assurances pourra mettre en place un suivi administratif, technique et particulièrement rigoureux. Ce suivi doit être régulier pour :

- être en mesure de traiter les demandes de prises en charge ;
- effectuer une surveillance du portefeuille de risques.

➤ **Le traitement des demandes de prises en charge** consiste au

remboursement des assurés et/ou au règlement des factures des prestataires. Une bonne gestion de ces demandes implique une activité à savoir le contrôle des factures adressées par les prestataires.

En effet, le contrôle desdites factures peut se faire de différentes manières. Il peut s'agir de comparer les factures détaillées par soins des prestataires aux attestations de soins remis aux assurés et bénéficiaires. Ledit contrôle pourra également être réalisé par vérification de la tarification utilisée par le prestataire pour établir ses factures.

Il peut s'agir par exemple d'instituer une attestation de soins à signer par les assurés et les bénéficiaires et à leur remettre à la fin des soins. Ainsi, la Compagnie pourra comparer les factures détaillées qui lui sont adressées par le prestataire à la fin du mois aux soins détaillés sur les attestations des assurés ; étant entendu dans cette hypothèse que les assurés devront faire une déclaration.

Le contrôle pourra également être réalisé par le médecin conseil qui devra vérifier la tarification utilisée par le prestataire. La compagnie devra disposer d'un tarif officiel de tous les actes médicaux, tarif sur la base duquel les conventions avec les prestataires doivent être signées.

Toutes ces mesures sont nécessaires afin d'éviter ou d'anticiper les abus de la part du prestataire de soins qui ferait par exemple escalader les coûts.

➤ **La surveillance du portefeuille de risques** passera par différentes étapes, mais il convient de définir le portefeuille de risques. Le portefeuille de risques est défini par l'ensemble des contrats en cours de validité composés eux-mêmes d'un ensemble de garanties ou risques couverts. Un système informatique performant est nécessaire pour ce travail.

L'outil informatique dont le gestionnaire a besoin pour ce travail devra servir à donner à tout moment les paramètres nécessaires pour avoir tous les mois ou tous les deux mois la consommation des souscripteurs. Cela permettra au producteur de donner périodiquement au souscripteur la consommation de la police et par la même

occasion faire connaître au fur et à mesure le niveau du rapport sinistres à primes. Connaissant la consommation de la police, le souscripteur pourra faire des vérifications concernant ses employés à forte consommation. Aussi cela évitera les conflits lors de l'application au renouvellement des surprimes nécessaires.

Cet outil permettra de donner les statistiques par, souscripteurs, assurés et bénéficiaires, prestataire et produits afin de faire attention et de tirer la sonnette d'alarme si l'évolution est trop rapide.

Ce système informatique permettra de suivre dans le temps l'évolution des prestations prises en charge et de repérer les anomalies.

## **2- Faire changer les photos en instaurant une date de validité (par exemple 3 ans).**

Afin d'éviter que l'enfant d'un ami ou d'un frère se fasse soigner au titre de l'enfant d'un assuré à l'aide du carnet au motif que l'enfant a grandi etc. l'assureur devra veiller à ce que les photos soient renouvelées au bout d'une certaine période (3ans) en ce qui concerne les adultes et enfants de plus de 4 ans, pour ne pas en exiger à chaque renouvellement et tous les six (06) mois pour les enfants de zéro (0) à quatre(04) ans.

## **3- Utilisation de fiches maladie à quatre (04) feuillets auto carbonés**

Ces fiches maladie seront dotées de quatre (04) feuillets auto carbonés ainsi les prescriptions du médecin seront automatiquement dupliquées. Les quatre feuillets porteront le même numéro ce qui permettra au souscripteur à qui ces fiches seront remis d'avance de savoir lequel de ses employés a tel ou tel numéro. Il sera facile de détecter ainsi l'assuré complice de fraude.

Le premier feuillet sera conservé par le médecin afin d'adresser sa facture, la seconde par le pharmacien, la troisième par le laboratoire d'analyse médicale et la dernière par l'assuré pour lui permettre de faire la déclaration du sinistre.

Au verso des quatre (04) feuillets, il sera expressément détaillé les obligations et les exclusions à respecter par chaque acteur sous peine de rejet du dossier.

Grâce à cette fiche, la fraude pourra être substantiellement limitée.

#### **4- Instauration d'un système de carte magnétique en sus du carnet SANTE PLUS.**

Cette carte fonctionnera comme une carte bancaire, l'outil de lecture dont les prestataires seront munis devra être en réseau avec le serveur de l'assureur. Lorsque l'assuré principal sera retiré du portefeuille cette carte magnétique, même encore en sa possession, ne lui sera d'aucune utilité car elle sera rejetée par l'outil de lecture. Pour cela la liste des assurés devra être mis à jour de façon périodique. Cette carte permettra non seulement de vérifier les droits aux prestations de l'assuré et de ses bénéficiaires mais permettra également de connaître avec exactitude le nombre de demande de soins reçues par tel ou tel prestataire. Elle pourra également permettre que les prestations prodiguées soient introduites avec leur montant par saisie informatique dans le lecteur ce qui permettra au gestionnaire de sinistres de faire le point de la période pour chaque prestataire avant la déclaration de l'assuré et du prestataire pour une confrontation des différentes déclarations. Les déclarations de l'assuré et du prestataire demeureront obligatoires.

##### **➤ Avantages de la carte à puce**

- baisse de la fraude en assurance maladie par la sécurisation du système de lecture des cartes. Tous les lecteurs de cartes sont reliés au serveur de l'assureur et chaque code d'accès correspond à un professionnel de santé. Ainsi, un prestataire malhonnête ne pourra pas nier avoir prescrit tel ou tel médicament.

- Rapidité dans le règlement des factures puisque l'assureur reçoit quasi immédiatement les feuilles de soins électroniques.

- Réduction de la main d'œuvre nécessaire à la saisie des déclarations maladie et du détail des soins pour le règlement des factures des prestataires.

- Réduction du risque de perte ou d'oubli des fiches de déclarations par les régleurs de sinistres.

➤ **Inconvénients de la carte à puce**

- Augmentation des frais de gestion des polices maladie. L'entretien des lecteurs de cartes, la conception des cartes et le remplacement des cartes détériorées sont d'un coût élevé ce qui remet en cause la bonne gestion des primes de l'assureur.
- Nécessite un outil informatique (réseau informatique) performant afin d'éviter les lenteurs du serveur et les problèmes de déconnexion.

Pour parvenir à une lutte complète, il faudrait mettre en place une politique telle que les assurés et prestataires aient un rôle à jouer. Parvenir à les associer à la recherche des voies d'amélioration du système et d'un équilibre par une diffusion transparente des informations sur la branche et son organisation.

**5- La création des centres de santé pilotes pluridisciplinaires**

Les assureurs du marché devront se mettre ensemble pour mettre sur pied des centres de santé pouvant accueillir leurs différents assurés pour tous les soins.

Tous les assurés devront nécessairement se rendre dans ces centres pour être couverts. En cas d'urgence, s'ils sont conduits ailleurs, ils doivent prévenir dans les brefs délais l'assureur afin que ce dernier organise leur évacuation vers le centre le plus proche.

Les assureurs pourront choisir trois (03) ou quatre (04) des cliniques privées de la place et les doter d'un outil informatique pouvant leur permettre de travailler en réseau non seulement avec l'assureur mais entre elles. A chaque acte il est possible de vérifier la date des derniers soins reçus par l'assuré. Il en sera de même avec les pharmacies, une pharmacie du groupe pourra vérifier les derniers achats de l'assuré afin de savoir s'il a déjà payé ce produit ailleurs.

Les assureurs pourront également créer des centres qui auront pour personnel des professionnels de santé et pour partenaires des médecins

généralistes et spécialistes ainsi que des professeurs. Ils seront équipés de tout le matériel médical possible et d'une ou de plusieurs ambulances. Ce projet pourra être étudié et mis en place à moyen ou long terme. Ces centres seront dotés d'un service comptable rigoureusement tenu. A la fin de l'année les bénéficiaires tirés seront répartis entre les différents assureurs ayant participé à leur création.

Ces centres n'auront pas pour patients les seuls assurés mais l'ensemble de la population.

Ces centres ne pourront certes pas être créés sur toute l'étendue du territoire mais pourront être réalisés au sein des grandes villes regroupant les grandes concentrations d'assurés.

## **B. ACTIONS AU NIVEAU DES ASSURES.**

A la souscription des contrats, l'assureur n'est en relation qu'avec le souscripteur qui est la plupart du temps, l'employeur ou son représentant. L'assureur doit faire en sorte qu'après la conclusion du contrat, il puisse avoir un entretien avec tous les membres du personnel afin de les sensibiliser sur l'importance de leur bonne foi lors de la souscription et en cours de contrat. L'assureur prendra la peine d'exposer les sanctions applicables en cas de mauvaise foi avérée. Expliquer qu'en cas de fraude, les sanctions vont de la simple mise en garde, à l'interdiction d'accès aux soins pendant une certaine période, à la perte des droits (l'exclusion) et enfin à la poursuite judiciaire.

Il faudra également leur expliquer qu'ils devront exiger des médecins non seulement le remplissage correct de leur fiche de déclaration maladie mais aussi la délivrance d'une attestation détaillée de soins qui leur permettra de faire une contre déclaration de sinistre afin d'éviter tout dérapage de la part des prestataires de soins (au cas où la délivrance d'une telle attestation aurait été adoptée). Ces dérapages (augmentation du nombre de soins réellement prodigués par exemple) conduisent systématiquement à une augmentation de leur consommation ce qui va conduire,

lors du renouvellement du contrat, à un ajustement de prime et par voie de conséquence à une augmentation de leur part dans la prime à verser par leur employeur.

### **C. ACTIONS AU NIVEAU DES PRESTATAIRES**

La tâche sera un peu plus lourde certes, mais ce surplus est nécessaire et indispensable. Ils devront s'assurer que la personne qui se présente pour les soins est bien bénéficiaire de l'assurance ; cela veut dire qu'ils devront faire preuve d'une vigilance particulière.

Dès lors qu'ils accepteront de signer la convention qui les lie à l'assureur et que l'agrément leur a été accordé après dépôt du tarif utilisé pour la facturation des soins, ils devront s'engager à respecter ces tarifs conventionnels. Cela permettra de limiter les cas de surfacturations des soins.

En cas d'hésitation sur l'identité du malade, lorsque la photo paraît plus jeune par exemple, il est souhaitable de demander pour certains cas suspects une pièce d'identité en plus du carnet santé plus. Il s'agira de faire ces vérifications surtout pour les soins coûteux. La substitution de personne pourra être évitée chez les adultes mais pour les enfants le problème demeurera sauf si le médecin est assez patient pour poser de petites questions à l'enfant en âge de parler qui pourra à un moment donné fournir son identité réelle.

Après ce travail au niveau de l'assureur et des autres intervenants de la police maladie, le concours de l'Etat devra être sollicité pour une meilleure harmonisation de la collaboration entre assureurs et prestataires.

Il faudra demander à l'Etat de venir en aide aux assureurs qui se sont lancés dans un acte social qu'est l'assurance maladie.

Etant donné qu'au niveau des produits pharmaceutiques une certaine harmonisation des tarifs a été instaurée et est rigoureusement appliquée, l'Etat aura pour mission de prendre les mêmes mesures en ce qui concerne le tarif des actes médicaux en collaboration avec l'ordre national des médecins, chirurgiens, dentistes etc. Après avoir fixé ces différents prix, une large diffusion de la nomenclature et du tarif sera faite.

## CONCLUSION

L'accès aux soins de santé et aux médicaments étant un sérieux problème en Afrique, l'assureur maladie devient un véritable pilier pour le développement. L'assureur maladie en se lançant dans un acte social a pris pour son compte une partie du problème de santé publique. Par la mutualisation, il permet l'autofinancement des charges de santé et par voie de conséquences une amélioration de l'accès aux soins et aux médicaments.

L'évolution du chiffre d'affaires maladie et accidents corporels dans l'émission nationale du marché béninois montre l'engouement que l'assurance maladie suscite au niveau de la population. Avec un chiffre d'affaires en 2004 de FCFA 2.694.790.000 soit 17,03 % des émissions de la branche IARDT, la maladie et les accidents corporels occupent la deuxième place après l'automobile. Ce chiffre d'affaires a connu une croissance de 33,31 % par rapport à l'exercice 2003.

Malheureusement, l'évolution du chiffre d'affaires entraîne celle des paiements de sinistres. C'est ainsi qu'en 2004, les paiements de sinistres s'élevaient à FCFA 1.667.210.000 soit 30,24 % des paiements IARDT du marché. Ces paiements ne représentaient que 21,96 % en 2003.

La progression des paiements de sinistres maladie s'explique en partie par le fait que l'exploitation de la branche est confrontée au problème de la fraude, qui provoque des déséquilibres accrus au niveau des provisions et rend de ce fait la branche déficitaire. Etant donné que cette situation est défavorable aux compagnies d'assurances, ces dernières ont déjà mis en place bon nombre de mesures de lutte à savoir : l'instauration du carnet de santé avec incorporation de photo, la mise à la disposition du service des seuls agents maîtrisant les règles et principes de règlement, le recrutement du médecin conseil et la sensibilisation des partenaires et assurés. Toutefois, elles ne sont pas encore au bout de leur peine.

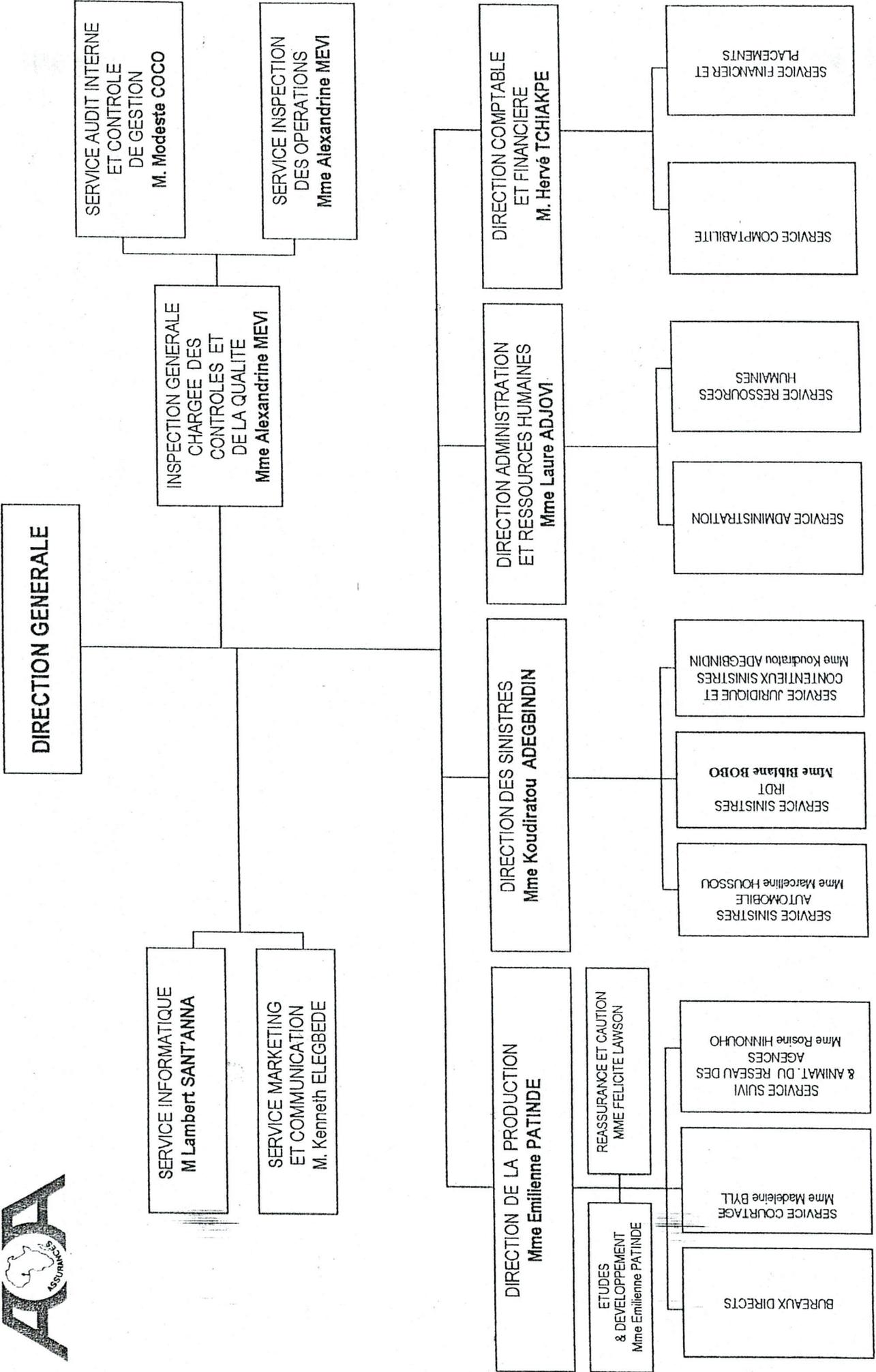
Il serait utopique de penser à éradiquer complètement la fraude en assurance maladie. Néanmoins il est possible de l'atténuer.

La mise en place de centres de santé pilotes par l'association de tous les assureurs, l'introduction de la carte à puce, la surveillance du portefeuille de risques par les statistiques, le contrôle contradictoire des déclarations de sinistres, l'utilisation d'une fiche maladie à quatre (04) feuillets auto carbonés, l'instauration d'un délai de validité des photos d'identité figurant dans les cartes de santé sont là des solutions idoines pour atténuer la fraude.

L'introduction de la carte magnétique et la création des centres de santé pilotes pourraient donner des résultats plus satisfaisants.

En définitive, la lutte contre la fraude en assurance maladie n'est pas une destination mais un voyage.

ANNEXES





# L'AFRICAINNE DES ASSURANCES sa.

Entreprise régie par le code des Assurances RC : 22-764 - B Capital Social : 1.000.000.000 F CFA Continental Bank-Bénin N° 10 022444 3 004 2 00  
Siège : 01 B.P. 3128 Cotonou (Rép. du Bénin) Tél. : (229) 30 04 83/30 19 80 Fax : (229) 30 14 06 E-mail : aa@elodia.intnet.bj - http://elodia.intnet.bj/aa/aa.htm

## ASSURANCE MALADIE

Entreprise Adhérente : .....  
Adresse : .....

### QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : ..... Prénoms : .....  
(S'il s'agit d'une femme mariée, indiquer en outre le nom de jeune fille)

Né (e) le : ..... A .....  
Adresse : .....  
Entré au Service de l'Entreprise Adhérente le : ..... Emploi : .....  
Lieu de Travail ..... Déclare donner mon adhésion au Régime Collectif d'assurance Maladie pour les  
garanties souscrites par mon Entreprise.  
Désigne comme bénéficiaire en cas de décès (1) .....

A ....., le .....

Pour l'Entreprise Adhérente :

Le Proposant :

Situation de famille : Célibataire, Marié, Veuf, Divorcé, Séparé, (Rayer les mentions inutiles)

Nom et Prénoms du conjoint : .....

Date et lieu de naissance du Conjoint : .....

Le conjoint exerce-t-il une profession ? ..... laquelle ? .....

Nombre d'enfants mineurs à charge : ..... (détail ci-dessous).

Prénoms

Date et lieu de naissance

Prénoms	Date et lieu de naissance
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (Voir au Verso) : à remplir par le collaborateur de l'Entreprise Adhérente pour lui-même et éventuellement, son conjoint et ses enfants mineurs.

NOTA - La société se réserve le droit de subordonner les modalités de la prise d'effet de ses garanties aux conclusions d'une visite médicale.

(1) Nom (S'il s'agit d'une femme mariée, indiquer en outre le nom de jeune fille), prénoms et adresse du ou des bénéficiaires.

Article 16 :

Barème de Remboursement des Frais Médicaux.

I- GARANTIES DE BASE : MALADIE / ACCIDENT / MATERNITE	BENIN	AFRIQUE <sup>(1)</sup>	EUROPE
I.1- Frais de Consultation :	Couverture à 100 % Selon tarif appliqué	Couverture à 100 %	Couverture à 100 %
Généraliste Spécialiste Professeur	Plafond : 3 000 FCFA 6 000 FCFA 6 000 FCFA	Plafond : 15 000 FCFA 20 000 FCFA 25 000 FCFA	Plafond : 20 000 FCFA 25 000 FCFA 30 000 FCFA
I.2- Frais de Soins :	Couverture à 80 %	Couverture à 70 %	Couverture à 70 %
Frais pharmaceutiques et fournitures	80 %	70 %	70 %
Frais de chambre	80% Plafond 15.000FCFA/J	70%Plafond 20 000 FCFA	70 % Plafond 50 000 FCFA
Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une intervention chirurgicale	80 %	70 %	70 %
Frais de séjour de la mère accompagnant un enfant de moins de cinq (05) ans	80 % Plafond 7 500 FCFA	70%Plafond 10 000 FCFA	70 % Plafond 25 000 FCFA
Frais d'analyse et de travaux en laboratoire	80 %	70 %	70 %
Frais de radiographie	80 %	70 %	70 %
Frais d'ambulance	80% dans la limite de 20000F	70% dans la limite de 50000F	70% dans la limite de 75000F
Frais de kinésithérapie et de rééducation suite accident et maladie garantie	80 % limité à 100 000 FCFA	70% limité à 100 000 FCFA	70% limité à 150 000 FCFA
Actes de spécialité	80 %	70 %	70 %
Frais de traitement préventifs (tels que vaccins : DT, Fièvre jaune, Coqueluche, Poliomyélite, ROUVAX)	55 % dans la limite de 70 000 F / pers / an	55 % dans la limite de 50 000 F / pers / an	55 % dans la limite de 50 000 F / pers / an
Frais dentaires	65 %	55 %	55 %
I.3- Frais de Maternité :	Couverture à 80 %	Couverture à 70 %	Couverture à 70 %
Frais pré et post natal	80 %	70 %	70 %
Frais d'accouchement proprement dit :			
a) En cas d'accouchement en clinique privée	80 % avec plafond de :	70 % avec plafond de :	70 % avec plafond de 500 000 FCFA quel que soit le cas.
- accouchement normal	150 000 FCFA	300 000 FCFA	
- accouchement par voie chirurgicale	250 000 FCFA	500 000 FCFA	
- accouchement gémellaire	300 000 FCFA	500 000 FCFA	
b) Accouchement hors clinique privée (Centres médicaux publics, confessionnels, etc.)	80 % des frais engagés dans la limite de 175 000 FCFA	70 % des frais engagés dans la limite de 350 000 FCFA	70 % des frais engagés dans la limite de 350 000 FCFA
II- GARANTIES OPTIONNELLES (RACHETEES)			
II.1- Frais d'Optique :	80% dans la limite de 90000F	70% dans la limite de 90000F	70% dans la limite de 90000F
- Monture (une fois tous les deux ans)	Plafond 30 000 FCFA	Plafond 30 000 FCFA	Plafond 30 000 FCFA
- Verres (une fois tous les deux ans)	80% dans la limite de 60000F	70% dans la limite de 60 000 F	70% dans la limite de 60 000 F
II.2- Vitamines	40 %	40 %	40 %
II.3 <sup>(2)</sup> - Evacuation Sanitaire / Rapatriement			
- Soins et Assistance à l'étranger		70 % le tout limité	70 % le tout limité
- Billet aller-retour		100 % au capital	100 % au capital
- Rapatriement de Corps si Décès		70 % garanti	70 % garanti

(1) Garanties Hors Afrique, Hors Europe : accordées sur demande.

(2) Garanties accordées seulement aux Directeurs.

## IMPORTANT:

Les réponses doivent être claires, précises, écrites lisiblement et en toutes lettres. Evitez les réponses évasives telles que : « Rien de sérieux... Maladies bénignes ou diverses », qui nous obligeraient à vous demander des précisions.

Tout trait tiré en travers d'une case ne constitue pas une réponse

QUESTIONS	REponses				
	ASSURE	CONJOINT	1 <sup>ER</sup> ENFANT	2 <sup>e</sup> ENFANT	3 <sup>e</sup> ENFANT
Nom et prénoms.....					
Taille.....					
Poids.....					
Êtes-vous actuellement en bonne santé ?					
Avez-vous un défaut de constitution, une infirmité ou une maladie chronique ?					
Précisez la nature.....					
Avez-vous consulté un Médecin depuis moins de 3 ans ? pour quelle cause ?					
Avez-vous dans le passé (à quel âge) été atteint d'affection pulmonaire nerveuse, cardiaque, rénale, d'albumine, de diabète, de maladie de foie, de cancer ?					
Suivez-vous actuellement un traitement ?					
Un régime ?					
Lequel ?.....					
Avez-vous subi des accidents ou été opéré ?					
Donnez des détails.....					
Indiquez vos maladies antérieures et l'époque à laquelle vous les avez contractées.....					
Avez-vous été atteint de maladie telles que : arribose, parasitose, etc. ?					
T. A. Actuelle.....					
Un de vos proches parents a-t-il été atteint de tuberculose ou d'aliénation mentale ?					
<b>Pour les hommes</b>					
Avez-vous fait votre service militaire ?					
Avez-vous été exempté, réformé ? Cause ?					
Êtes-vous blessé de guerre ?					
Êtes-vous pensionné ? Taux de la pension ?					
<b>Pour les femmes</b>					
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection gynécologique ?					
Vos couches ont-elles été normales ?					
Avez-vous des cas particuliers autres que ceux ci-dessus à signaler ?					

Je soussigné (e), ..... déclare que toutes les réponses ci-dessus sont exactes et sincères. Je certifie avoir signalé toutes les maladies et infirmités actuelles ou antérieures dont j'ai pu avoir connaissance, pour moi-même et ma famille, même si ces affections n'ont pas donné lieu à un traitement médical. J'accepte que ledit document serve de base aux garanties du régime d'Assurance Maladie.

Fait à ....., le .....

SIGNATURE :

Article 16 :

Barème de Remboursement des Frais Médicaux.

I- GARANTIES DE BASE : MALADIE / ACCIDENT / MATERNITE	BENIN	AFRIQUE <sup>(1)</sup>	EUROPE
I.1- Frais de Consultation :	Couverture à 100 %	Couverture à 100 %	Couverture à 100 %
	Selon tarif appliqué		
Généraliste Spécialiste Professeur	Plafond : 3 000 FCFA 6 000 FCFA 6 000 FCFA	Plafond : 15 000 FCFA 20 000 FCFA 25 000 FCFA	Plafond : 20 000 FCFA 25 000 FCFA 30 000 FCFA
I.2- Frais de Soins :	Couverture à 80 %	Couverture à 70 %	Couverture à 70 %
Frais pharmaceutiques et fournitures	80 %	70 %	70 %
Frais de chambre	80% Plafond 15.000FCFA/J	70%Plafond 20 000 FCFA	70 % Plafond 50 000 FCFA
Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une intervention chirurgicale	80 %	70 %	70 %
Frais de séjour de la mère accompagnant un enfant de moins de cinq (05) ans	80 % Plafond 7 500 FCFA	70%Plafond 10 000 FCFA	70 % Plafond 25 000 FCFA
Frais d'analyse et de travaux en laboratoire	80 %	70 %	70 %
Frais de radiographie	80 %	70 %	70 %
Frais d'ambulance	80% dans la limite de 20000F	70% dans la limite de 50000F	70% dans la limite de 75000F
Frais de kinésithérapie et de rééducation suite accident et maladie garantie	80 % limité à 100 000 FCFA	70% limité à 100 000 FCFA	70% limité à 150 000 FCFA
Actes de spécialité	80 %	70 %	70 %
Frais de traitement préventifs (tels que vaccins : DT, Fièvre jaune, Coqueluche, Poliomyélite, ROUVAX)	55 % dans la limite de 70 000 F / pers / an	55 % dans la limite de 50 000 F / pers / an	55 % dans la limite de 50 000 F / pers / an
Frais dentaires	65 %	55 %	55 %
I.3- Frais de Maternité :	Couverture à 80 %	Couverture à 70 %	Couverture à 70 %
Frais pré et post natal	80 %	70 %	70 %
Frais d'accouchement proprement dit :			
a) En cas d'accouchement en clinique privée	80 % avec plafond de :	70 % avec plafond de :	70 % avec plafond de 500 000 FCFA quel que soit le cas.
- accouchement normal	150 000 FCFA	300 000 FCFA	
- accouchement par voie chirurgicale	250 000 FCFA	500 000 FCFA	
- accouchement gémellaire	300 000 FCFA	500 000 FCFA	
b) Accouchement hors clinique privée (Centres médicaux publics, confessionnels, etc.)	80 % des frais engagés dans la limite de 175 000 FCFA	70 % des frais engagés dans la limite de 350 000 FCFA	70 % des frais engagés dans la limite de 350 000 FCFA
II- GARANTIES OPTIONNELLES (RACHETEES)			
II.1- Frais d'Optique :	80% dans la limite de 90000F	70% dans la limite de 90000F	70% dans la limite de 90000F
- Monture (une fois tous les deux ans)	Plafond 30 000 FCFA	Plafond 30 000 FCFA	Plafond 30 000 FCFA
- Verres (une fois tous les deux ans)	80% dans la limite de 60000F	70% dans la limite de 60 000 F	70% dans la limite de 60 000 F
II.2- Vitamines	40 %	40 %	40 %
II.3 <sup>(2)</sup> - Evacuation Sanitaire / Rapatriement			
- Soins et Assistance à l'étranger		70 % le tout limité	70 % le tout limité
- Billet aller-retour		100 % au capital	100 % au capital
- Rapatriement de Corps si Décès		70 % garanti	70 % garanti

(1) Garanties Hors Afrique, Hors Europe : accordées sur demande.

(2) Garanties accordées seulement aux Directeurs.



## L'AFRICAIN DES ASSURANCES sa.

Entreprise régie par le Code des Assurances RC : 22-764 - B Capital Social : 1.000.000.000 F CFA Continental Bank-Bénin N° 10 022444 3 004 2 00  
Siège : 01 BP 3128 Cotonou (Rép. du Bénin) Tél : (229) 30 04 83 / 30 19 80 Fax : (229) 30 14 06 E-mail : assuraf@intnet.bj

### MEDICAMENTS NON GARANTIS

#### TOUS LES ANTIACNEIQUES

#### TOUS LES PRODUITS DIETETIQUES ET / ANOREXIGENES DE TOUTE NATURE

- ⇒ TISANE
- ⇒ ISOMERIDE
- ⇒ KONJAX 750
- ⇒ ALGUEPHINA
- ⇒ MEDECINE NATURE
- ⇒ MED PAR PLANTES
- ⇒ ELIXIRS ET VINS
- ETC...

#### TOUS LES PRODUITS COSMETIQUES /

- ⇒ SAVONS
- ⇒ CREMES BEAUTE
- ⇒ SHAMPOING
- ⇒ LAITS BEAUTE
- ⇒ TRIACANA
- ⇒ DENTIFRICES
- ⇒ POUDRE SALVATIS *Toutes Les Poudres*
- ⇒ NOBACTER
- ⇒ APHTIRIA
- ⇒ PAPS
- ⇒ ANTIBIOABEREL
- ⇒ SEPTIVON LAVRIL
- ⇒ BETADINE
- ⇒ ELUDRIL
- ⇒ HEXTRIL
- ETC...

#### TOUS LES ACCESSOIRES MEDICAUX /

- ⇒ COMPRESSES
- ⇒ COTON
- ⇒ SPARADRAP
- ⇒ THERMOMETRE
- ⇒ SERINGUES
- ⇒ TRANSFUSEURS
- ⇒ TRICOSTERIL
- ⇒ PERFUSEUR
- ⇒ GLYCERINE
- ⇒ EAU OXYGENEE
- ⇒ BANDES - BANDAGES
- ⇒ GANTS DE CRIN
- ⇒ ALCOOL A 60° / 90°
- ⇒ ETHER
- ⇒ MERCUROCHROME
- ⇒ ETC...

#### TOUS LES ALIMENTS BEBE /

- ⇒ NATIVA
- ⇒ DIASE
- ⇒ GUIGOZ
- ⇒ BLEDINE BLEDINA
- ⇒ FARINES
- ⇒ GERBER
- ⇒ LAITS
- ⇒ OVOMALTINE
- ⇒ BIBERONS
- ETC...

#### TOUS LES FORTIFIANTS ANTIASTHENIQUES ET VITAMINES /

- ⇒ VITAMINES
- ⇒ VIVAMYNE
- ⇒ OLIGO ELEMENTS
- ⇒ ALVITYL
- ⇒ HYDROSOL
- ⇒ VITASCOBOL
- ⇒ SUPRADYNE
- ⇒ CA C 1000
- ⇒ STIMOL
- ⇒ SERVIVIT
- ⇒ CYTOSTIMULINE
- ⇒ ARCALION
- ⇒ ETC...

#### TOUS LES OREXIGENES /

- ⇒ LONGIFENE
- ⇒ NURAN
- ⇒ TRES ORIX FORTE...

#### TOUS LES LAXATIFS /

- ⇒ DUPHALAC
- ⇒ PURSENNIDE
- ⇒ PURGANOL
- ⇒ LUBENTYL
- ⇒ MICROLAX
- ⇒ ETC...

**TOUS LES CONTRACEPTIFS ✓**

⇒ MINIPHASE  
⇒ MINIDRIL  
⇒ STEDIRIL  
⇒ ADEPAL  
⇒ NOVA-T  
⇒ TARO-CAP  
⇒ OVOSTAT  
⇒ GYNOPHASE  
⇒ PHYSIOSTAT  
⇒ MINI-ANOVLAR  
⇒ PHARMATEX  
⇒ TRIELLA  
⇒ DIANE  
⇒ NORQUENTIEL  
⇒ STERILET  
⇒ VARNOLINE  
⇒ SPERMICIDES  
⇒ ETC...

**EN GYNECOLOGIE ET ANDROLOGIE .**

⇒ DUPHASTON  
⇒ UTROGESTAN  
⇒ GONADOTROPHINE  
⇒ INDUCTOR  
⇒ CLOMID  
⇒ COLPORMON  
⇒ PROGESTERONE  
⇒ NP17 NEOPERGONAL  
⇒ YOHIMBINE HOUDE  
⇒ H.C.G. 5000  
⇒ ONDOGYNE  
⇒ HORGON  
⇒ SYNERGON  
⇒ TRILANDREN  
⇒ CANTOR  
⇒ GRAVIBINAN  
⇒ DANATROL  
⇒ PARLODEL  
⇒ ANDROCUR  
⇒ SUPERFACT  
⇒ G-TEST  
⇒ SPERMOGRAMME  
⇒ HSG  
⇒ ETC..

N.B : Les médicaments suivants sont garantis : METHERGIN – SYNTOCINON –  
PROSTAGLANDINES – COLPOSEPTINE – COLPOTROPHINE – TROPHIGIL –  
BENZOGYNOESTRYL

**- DIVERS ✓**

ZOVIRAX )  
TRIFLUCAN ) Soumis à Accord préalable  
DECAPETYL ) Médecin-Conseil  
RETROVIR ) A.A.



## LES PIECES A FOURNIR POUR LE REGLEMENT MALADIE

- 1- Fiche de déclaration maladie bien remplie et signée par l'assuré, le médecin ou sage-femme  
Femme
- 2- Reçu ou factures des prestations cachetés et signés
- 3- Ordonnance de prescription des médicaments
- 4- Ticket de caisse pour les produits pharmaceutiques
- 5- Demande d'examen (analyse - radio etc....)

## LES DIFFERENTS TYPES DE PRISE EN CHARGE

- 1- Prise en charge frais d'optique
- 2- Prise en charge clinique (hospitalisation)
- 3- Prise en charge CNHU (hospitalisation – soin – scanner – analyse etc...)

## LES MOTIFS DE REJET

- 1- Délai de dépôt des factures non respectées par les individuels (3 mois au plus)
- 2- Achats effectués par les assurés pendant la période de carence
- 3- Personne inconnue au contrat
- 4- Pourcentage non respecté par les tiers payants
- 5- Garanties exclues au contrat
- 6- Manque de l'une des pièces à fournir pour le règlement
- 7- Date de prescription non précisée
- 8- Photocopie des ordonnances
- 9- Ordonnance renouvelable
- 10- Absence de la nature de l'affection, la signature de l'assuré, le nom et la signature du médecin ayant délivré l'ordonnance, le cachet du centre de traitement la date de traitement.
- 11- Non établissement de l'ordonnance sur papier à entête du centre de traitement
- 12- Servir des quantités de produits pour une utilisation au-delà de 2 mois de traitement

Fait à cotonou, le 10 Juillet 2006





## BIBLIOGRAPHIE

### 1. OUVRAGES GENERAUX

- YEATMAN (J.), « *Le manuel international de l'assurance* », Economica, Paris, 1998, 377p.

### 2. TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Code des Assurances des Etats Membres de la CIMA, 3<sup>ème</sup> édition, la FANAF, 2004, 352p.
- Lexique des termes juridiques, 12<sup>ème</sup> édition, Dalloz, 1999, 561p.

### 3. COURS ET RAPPORTS DE STAGE

- Cours de Risques Divers du cycle DESS-A, IIA 17<sup>ème</sup> promotion 2004-2006 dispensé par M. Basile NDOBO
- MEHOUENOU (A.) : La fraude en assurance maladie : stratégie pour l'atténuer, rapport de stage, UCAO-BTS, 2004-2005, 37p.

### 4. SEMINAIRES ET RAPPORTS

- Rapport sur le Secteur des Assurances (RSA) du Bénin pour par la Direction des Assurances, exercice 2004.

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE DU DEROULEMENT DU STAGE.....</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE 1 : L'UNION BENINOISE D'ASSURANCES VIE (UBA-VIE) .....</b>	<b>10</b>
<i>SECTION 1 : PRESENTATION ET EVOLUTION DE L'UBA-VIE.....</i>	<i>10</i>
Paragraphe 1 : Présentation de l'UBA – Vie.....	10
Paragraphe 2 : Evolution de l'UBA-Vie.....	11
<i>SECTION 2 : PRODUITS DE L'UBA-VIE ET SA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE .....</i>	<i>12</i>
Paragraphe 1 : Activités de l'UBA-Vie : les produits.....	12
Paragraphe 2 : Structure organisationnelle de l'UBA-Vie.....	16
A- Direction Générale .....	16
B- Services Techniques .....	17
<b>CHAPITRE 2 : L'AFRICAINNE DES ASSURANCES.....</b>	<b>19</b>
<i>SECTION 1 : PRESENTATION ET EVOLUTION DE L'AFRICAINNE DES ASSURANCES .....</i>	<i>19</i>
Paragraphe 1 : Naissance de l'africaine des assurances.....	19
Paragraphe 2 : Evolution de la compagnie.....	20
<i>SECTION 2 : ORGANISATION DE L'AFRICAINNE DES ASSURANCES ET SES PRODUITS.....</i>	<i>21</i>
Paragraphe 1 : Structure de l'entreprise.....	21
A- Direction Générale .....	21
B- Directions techniques.....	23
Paragraphe 2 : Principaux produits de l'Africaine des Assurances.....	25
A- En assurance de dommages.....	25
B- Innovations en matière de produits .....	25
<b>DEUXIEME PARTIE : LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE A L'AFRICAINNE DES ASSURANCES ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE .....</b>	<b>27</b>
<b>CHAPITRE 1 : LE FONCTIONNEMENT ACTUEL DE L'ASSURANCE MALADIE</b>	<b>28</b>
<i>SECTION 1 : CONTENU DE L'ASSURANCE MALADIE ET PROCEDURE DE REGLEMENT ....</i>	<i>28</i>
Paragraphe 1 : Contenu de l'assurance maladie.....	28
A- Définition de la maladie et présentation des différentes garanties .....	28
B- Mécanisme de souscription du contrat et son fonctionnement.....	29

C- Garanties et exclusions de la police.....	31
Paragraphe 2 : Règlement en assurance maladie.....	32
A- Remboursement en assurance maladie.....	32
B- Procédure de règlement.....	33
<i>SECTION 2 : POLITIQUE DE GESTION MISE EN PLACE PAR L'AFRICAINNE DES ASSURANCES</i>	
.....	35
Paragraphe 1 : Système classique ou de prefinancement.....	35
Paragraphe 2 : système du Tiers payant.....	36
<b>CHAPITRE 2 : LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....</b>	<b>38</b>
<i>SECTION 1 : LA FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE</i> .....	38
Paragraphe 1 : Définition et manifestation.....	38
A- Définition de la fraude .....	38
B- Manifestation de la fraude .....	39
PARAGRAPHE 2 : IMPACT DE LA FRAUDE SUR LES RESULTATS DE LA BRANCHE.....	42
<i>SECTION 2 : MESURES ET ORGANISATION POUR UNE MEILLEURE LUTTE CONTRE LA FRAUDE A L'ASSURANCE MALADIE</i> .....	44
Paragraphe 1 : mesures actuelles de lutte prises par l'Africaine des Assurances.....	44
A- Au niveau interne .....	44
B- Au niveau externe .....	45
Paragraphe 2 : organisation pour une meilleure lutte contre la fraude en assurance maladie.....	46
A- ACTIONS A MENER PAR L'ASSUREUR AU SEIN DE LA SOCIETE.....	46
B- Actions au niveau des assurés.....	51
C- Actions au niveau des prestataires .....	52
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>63</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>64</b>