



# **MEDIATION DE LA CONSOMMATION MUTUALITE FRANÇAISE**

**Rapport d'activité 2023**

## **SOMMAIRE**

### **BILAN DE L'ACTIVITE**

- **Les demandes reçues**
- **Les propositions de solutions**
- **La nature des litiges**
- **Le montant des litiges**
- **Le délai de traitement des dossiers**
- **L'exécution des avis**
- **Les effectifs**

### **RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES**

L'activité de la médiation a, pour l'année 2023, été marquée par les conséquences de l'entrée en vigueur de la recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution sur le traitement des réclamations.

Ces conséquences ont été de deux ordres :

Tout d'abord, en termes quantitatifs :

- La recommandation, dont l'un des objectifs était de faciliter le recours au médiateur de la consommation, a eu pour premier et principal effet l'augmentation sensible du nombre de saisines (+15,4%).
- La très forte diminution du nombre de saisines prématurées (-38%) : en rendant le recours au médiateur possible après une seule réclamation écrite préalable auprès du professionnel, la recommandation a, de facto, réduit le nombre de niveau de réclamation au sein des mutuelles, rendant inopposable le non-respect des dispositions du 1° de l'article L.612-2 du code de la consommation. (« *Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque (...) le consommateur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite **selon les modalités prévues, le cas échéant, dans le contrat.*** ») Cette distorsion entre la recommandation du 9 mai 2022 et le code de la consommation - déjà relevée par la Commission d'Evaluation et de Contrôle de la Médiation de la Consommation dans son rapport d'activité 2019-2021<sup>1</sup> - n'a pas été corrigée et pourrait être source de contentieux.
- La nette augmentation des dossiers dont la médiation n'a pas été menée à son terme : les dossiers clos en cours d'instruction (+10%). Il est certain que la modification du traitement des réclamations par les professionnels n'a pas été toujours intégrée dans les circuits internes des mutuelles, en raison notamment de la nécessité de conserver plusieurs niveaux de traitement de ces contestations. Dès lors, un nombre important de réclamations portées devant la médiation ont été régularisées amiablement sans que je me sois prononcé et aie proposé une solution.

<sup>1</sup> Extrait du rapport d'activité de la CECMC - LES PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE

**PROPOSITION  
n° 2**

Fluidifier cet accès en prévoyant que le médiateur de la consommation est valablement saisi d'un litige à l'issue d'un délai de deux mois suivant l'envoi, par le consommateur, d'une réclamation écrite au professionnel quel que soit le service auquel cette réclamation est adressée, et dès lors que cette réclamation n'a pas trouvé de réponse satisfaisante dans ce délai. Supprimer à cet effet, à l'article L. 612-2 du code de la consommation les termes « selon les modalités prévues au contrat »

En effet, le taux d'irrecevabilité élevé des saisines constaté, principalement dû à l'absence de tentative préalable de résolution du litige par le consommateur auprès du professionnel est aggravé par la pratique du double niveau de réclamation instauré par certains professionnels, qui conduit souvent le consommateur à renoncer à sa démarche ou à s'adresser directement au médiateur sans suivre la procédure prévue par les textes.

**47**

Rapport  
d'activité  
de la  
CECMC  
2019-2021

En second lieu, en termes de procédure :

- L'obligation faite par la recommandation du 9 mai 2022 d'indiquer, sur toute réponse du professionnel, les coordonnées du médiateur compétent pour traiter le litige a eu pour conséquence inévitable la mention systématique d'un possible recours à la médiation de la consommation, même lorsque la contestation ne rentre pas dans le champ de compétence de cette médiation. Un simple rappel des conditions générales d'éligibilité est généralement fait par les mutuelles en regard de la mention des coordonnées du médiateur, rappel qu'à l'évidence les adhérents ne consultent pas avant de recourir à ma médiation.

En d'autres termes, la recommandation du 9 mai 2022 a eu pour effet de reporter sur la médiation l'expression du mécontentement des adhérents, ce qui a provoqué, malgré une scrupuleuse préparation à son entrée en vigueur, un engorgement des services et un allongement des délais de traitement des dossiers.

L'année 2023 a également été l'occasion, pour la médiation, de mettre à jour sa Charte et de modifier les procédures d'examen des dossiers.

Désormais, les conditions de recevabilité sont strictement examinées et la nécessité pour les réclamants de produire la copie datée de leur réclamation écrite auprès de la mutuelle ne souffre plus d'exception.

Un club des correspondants a été organisé en mars 2023 sur le thème suivant : « le contrat : renonciation, résiliation, annulation ».

Ce club a permis de faire le point sur l'exercice du droit à renonciation et les difficultés rencontrées du fait des nouvelles modalités de résiliation des contrats introduites par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé ainsi que sur les causes d'annulation des contrats.

## **BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN 2023**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, 190 mutuelles, sur 236 mutuelles adhérentes à la Fédération Nationale de la Mutualité Française, avaient choisi la médiation de la consommation de la Mutualité française.

### LES DEMANDES REÇUES

Le service médiation a traité 1847 demandes, soit 4,76% de plus qu'en 2022.

Ces 1847 demandes correspondent à 205 dossiers en instance au 31 décembre 2022 et à 1642 dossiers traités sur 2000 saisines reçues en 2023.

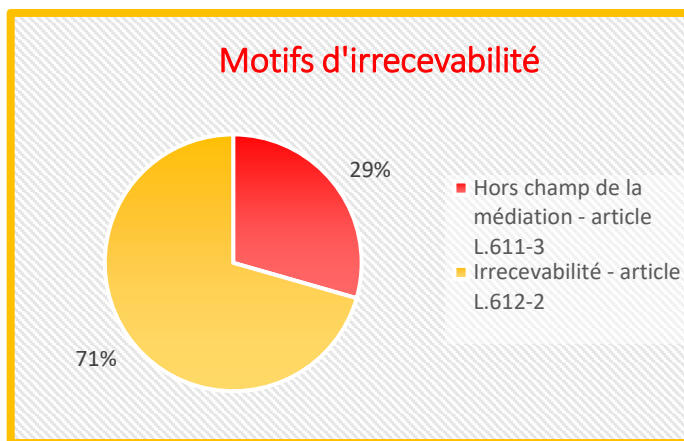
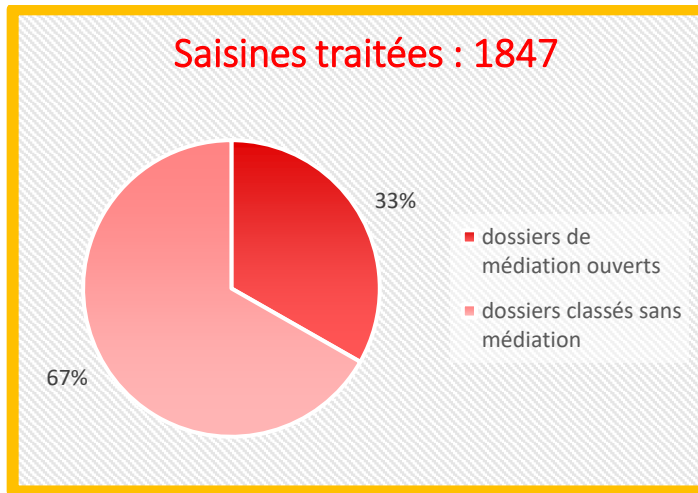
49% des saisines sont effectuées via le formulaire en ligne sur le site du médiateur ; 51% par courrier.

### LES SAISINES TRAITEES

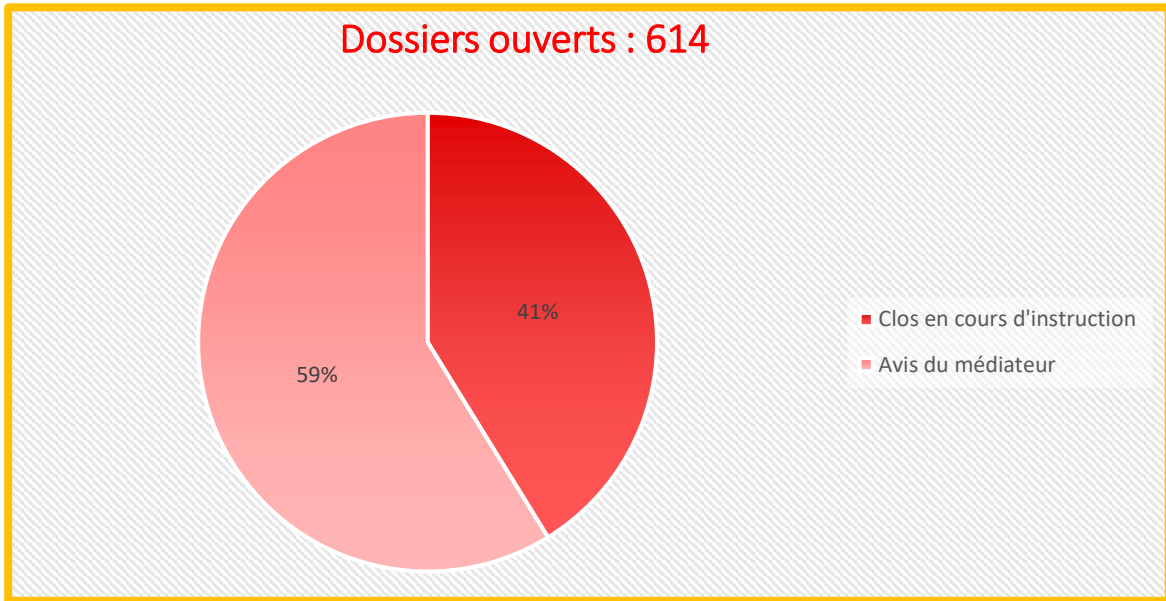
Sur les 1847 saisines traitées en 2023, 1233 n'ont pu être examinées par le médiateur :

- 363 parce qu'elles étaient hors champ de la médiation,
- 870 parce qu'elles étaient irrecevables pour l'un des motifs prévus à l'article L.612-2 du Code de la consommation, selon les pourcentages suivants :
  - o 1,3% parce que la demande était manifestement infondée ou abusive
  - o 0,9% parce que le consommateur avait introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès du professionnel
  - o 0,9% parce que le litige avait été examiné ou était en cours d'examen par un autre médiateur
  - o 48,6% parce que le litige n'entraît pas dans le champ de compétence du médiateur
  - o 48,3% parce que le consommateur ne justifiait pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite selon les modalités prévues, le cas échéant, dans le contrat.

La recommandation 2022-R- 01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations, entrée en application le 31 décembre 2022, a donc eu pour conséquence de diminuer très sensiblement le pourcentage des saisines prématurées.



614 dossiers ont été déclarés recevables, soit 33%. Sur les 614 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 253 ont été clos en cours d'instruction.



La proportion des dossiers clos en cours d'instruction est nettement supérieure à celle de l'année dernière, passant de 31% à 41%.

Cette augmentation résulte également de la recommandation 2022-R- 01 du 9 mai 2022, certaines mutuelles ne pouvant traiter en interne toutes les réclamations dans le délai de deux mois imparti.

Dans plus de 95% des cas, le dossier est clos en cours d'instruction parce que la mutuelle fait droit à la demande de l'adhérent.

## LES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

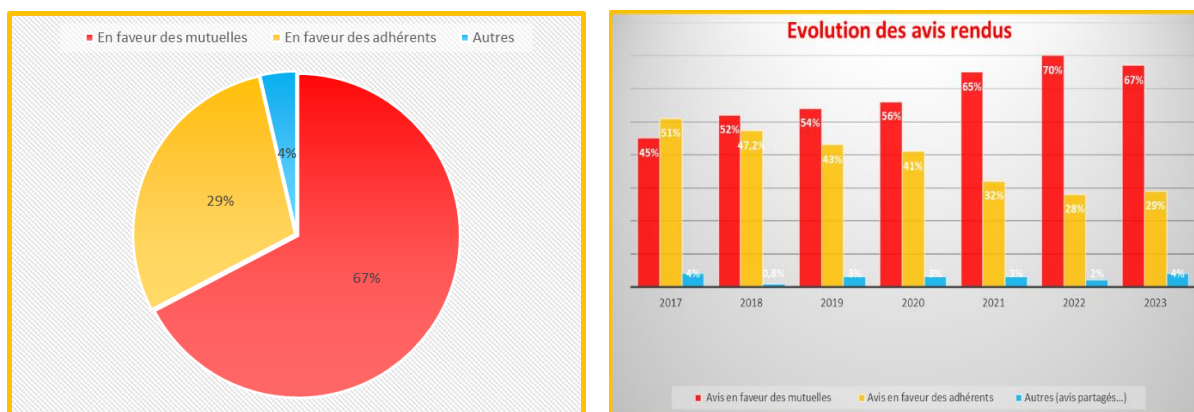
**361 propositions de solutions ont été notifiées aux parties.**

### **Evolution du nombre de propositions de solutions en faveur des mutuelles**

Sur ces propositions :

- 243 ont été rendues en faveur des mutuelles,
- 105 en faveur des adhérents,
- 13 dossiers en faveur d'aucune des parties

La répartition des propositions de solutions en faveur des mutuelles et de celles en faveur des adhérents a très légèrement évolué en faveur des adhérents. Ainsi, la proportion des solutions en faveur des mutuelles est passée de 70% à 67%.



On constate depuis 2021, une proportion des avis en faveur des mutuelles nettement plus importante, en raison sans doute d'une meilleure lisibilité des garanties, d'une meilleure exécution des contrats et d'une meilleure gestion des réclamations.

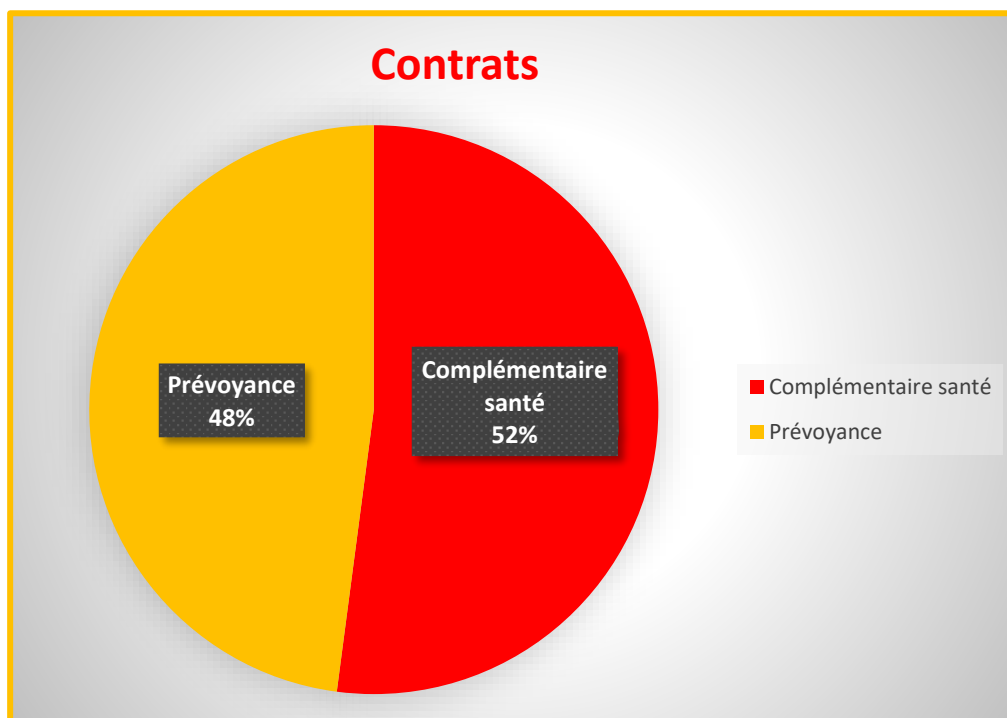
## LA TYPOLOGIE DES CONTRATS

Les litiges ont porté sur :

- 188 contrats de complémentaire santé ;
- 173 contrats de prévoyance, dont :
  - 72 garanties ITT/Invalidité
  - 43 garanties décès/obsèques
  - 26 garanties épargne/retraite/assurance vie
  - 18 assurances emprunteur
  - 5 contrats dépendance
  - 2 garanties indemnités journalières en cas d'hospitalisation
  - 7 contrats non déterminés

La proportion des litiges relatifs à des contrats de prévoyance par rapport à ceux concernant des contrats de complémentaire santé est comparable à celles de 2021 et 2022 : les contrats de complémentaire santé restent très faiblement majoritaires mais près de la moitié des saisines concernent des contrats de prévoyance.





## LA NATURE DES LITIGES

Les réclamations relatives aux contrats de complémentaire santé concernent en majorité les prestations, notamment dentaires et optiques.

Les litiges relatifs au remboursement des audioprothèses témoignent d'une mauvaise compréhension des modalités de prise en charge dans le cadre du 100% santé.

Les modalités de résiliation des contrats de complémentaire santé demeurent le sujet principal de contestation dans la gestion des contrats, dont plus d'un tiers concernant la résiliation infra-annuelle des contrats de complémentaire santé.

Les réclamations relatives aux contrats de prévoyance concernent majoritairement l'indemnisation, que ce soit pour les contrats décès, incapacité-invalidité, retraite, dépendance ou l'assurance emprunteur.

Les réclamations relatives aux contrats décès concernent en général le montant et le versement du capital.

Pour les contrats d'épargne et de retraite, les valeurs de rachat ou de transferts en plans d'épargne retraite sont souvent contestées.

Que ce soit en matière de contrats de complémentaire santé ou de contrats de prévoyance, dans une proportion non négligeable de litiges, les réclamants se plaignent d'un défaut d'information et de conseil, que ce soit en phase précontractuelle ou au cours du contrat.

Le démarchage téléphonique a donné lieu à des affiliations fortement contestées ; ce sujet de mécontentement, sans être très fréquent, est en hausse par rapport aux exercices précédents.

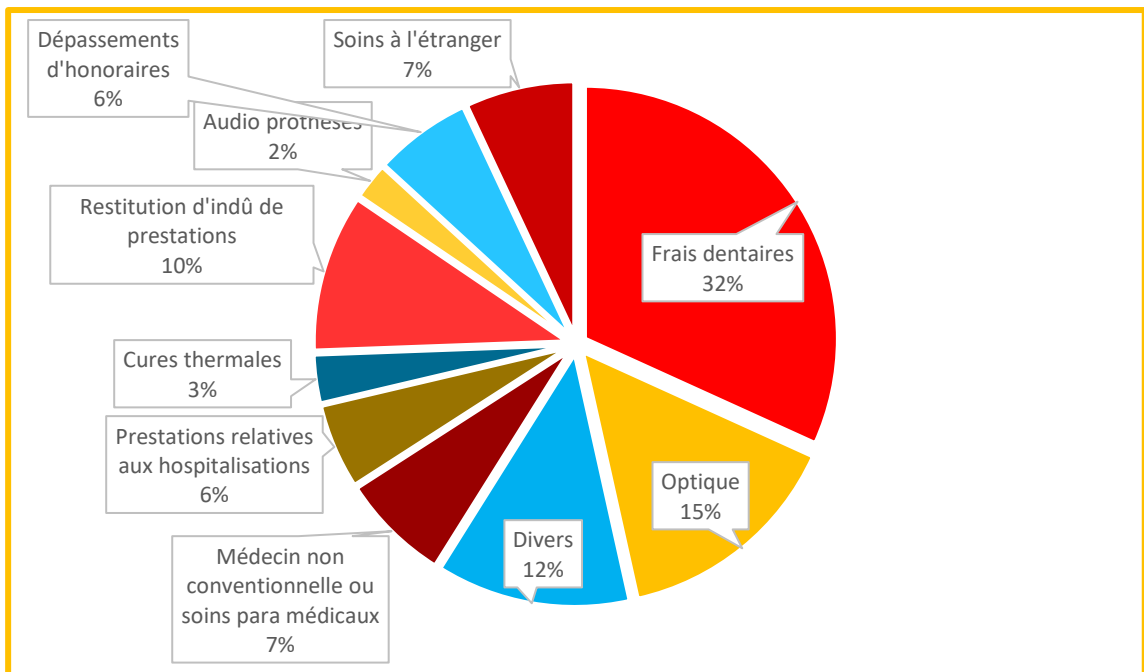
Enfin, en matière de prévoyance, l'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle et l'absence de reconnaissance du caractère accidentel des décès sont des sujets de conflit réguliers.

Le courtage reste une de mes fortes préoccupations, tant en matière de distribution ou gestion des contrats qu'en termes de procédure de médiation.

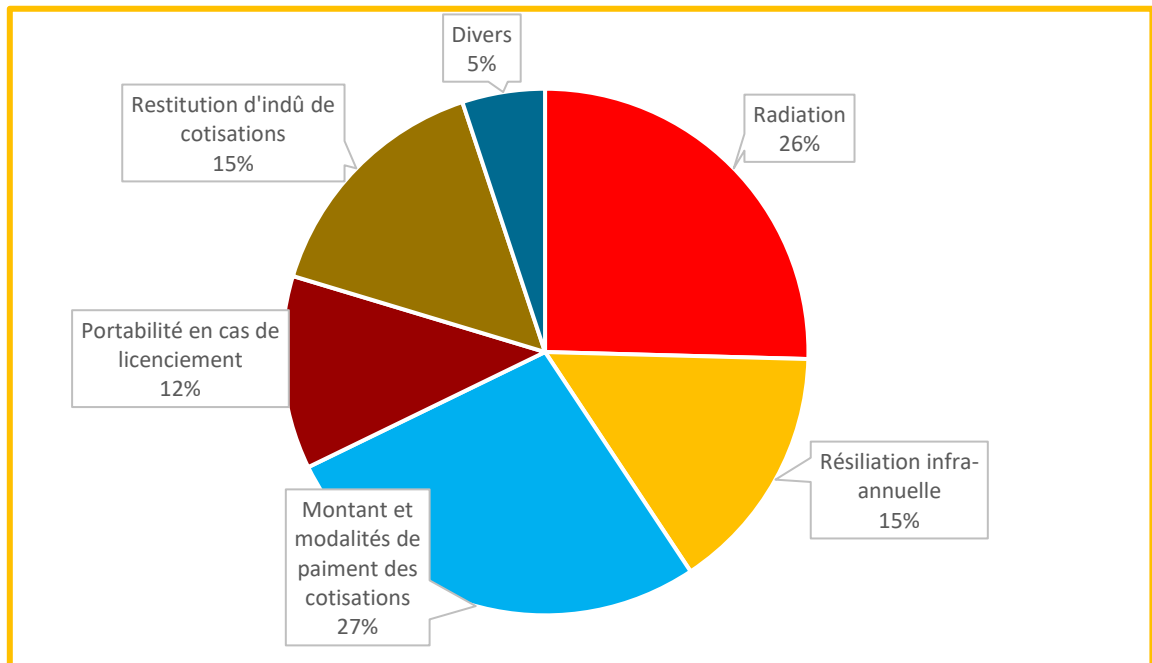
En effet, comme je l'ai souligné dans mes précédents rapports d'activité, le recours aux courtiers non seulement distend les relations entre les adhérents et leur mutuelle mais détériore nettement l'image des organismes assureurs.

## NATURE DES LITIGES

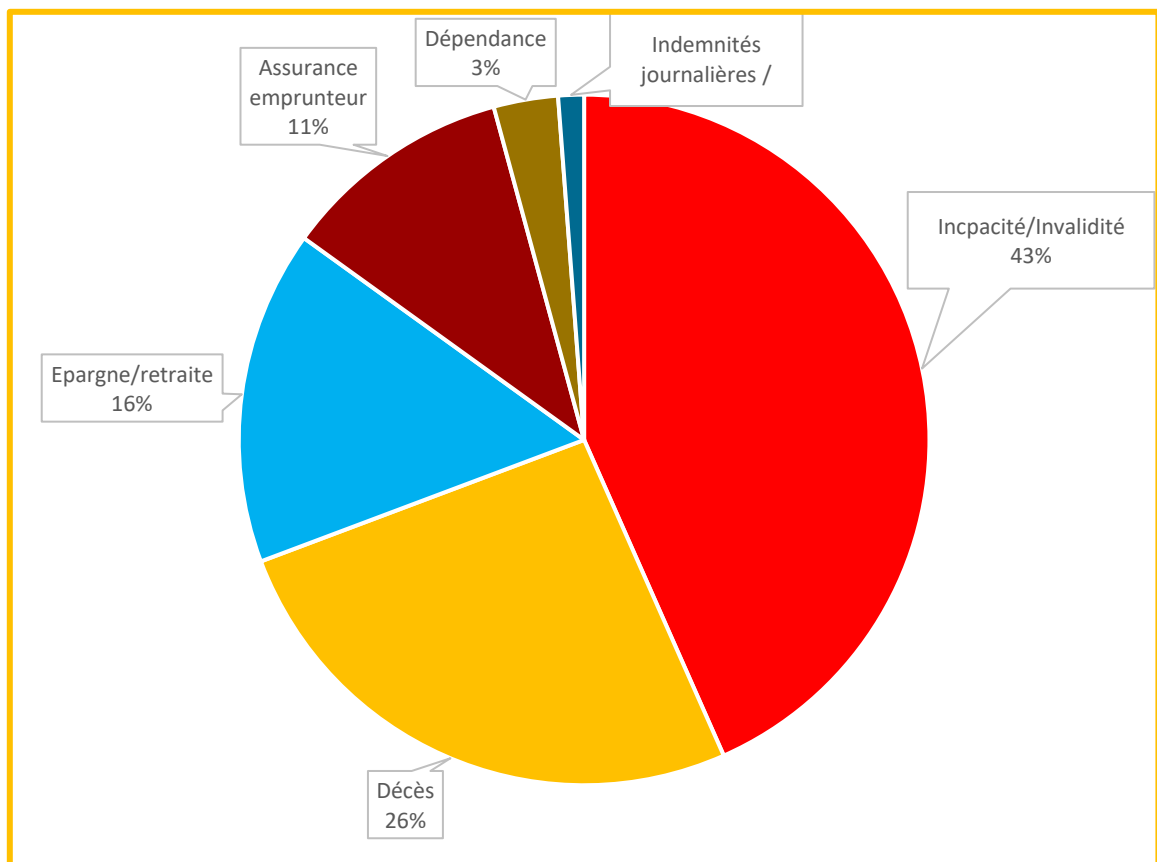
### Complémentaires santé Prestations 69%



## Complémentaires santé Gestion du contrat 31%



## Contrats de prévoyance



## LE MONTANT DES LITIGES

Le montant des litiges s'élève en moyenne à 3 500 € et en médiane à 800 €.

## LE DELAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

L'article L.612-2 du Code de la consommation prévoit que « *le consommateur est informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa demande de médiation* », lorsque celle-ci est irrecevable.

Ce délai de trois semaines est donc celui dans lequel la médiation doit indiquer si la demande est ou non recevable ou, le cas échéant, demander des éléments complémentaires.

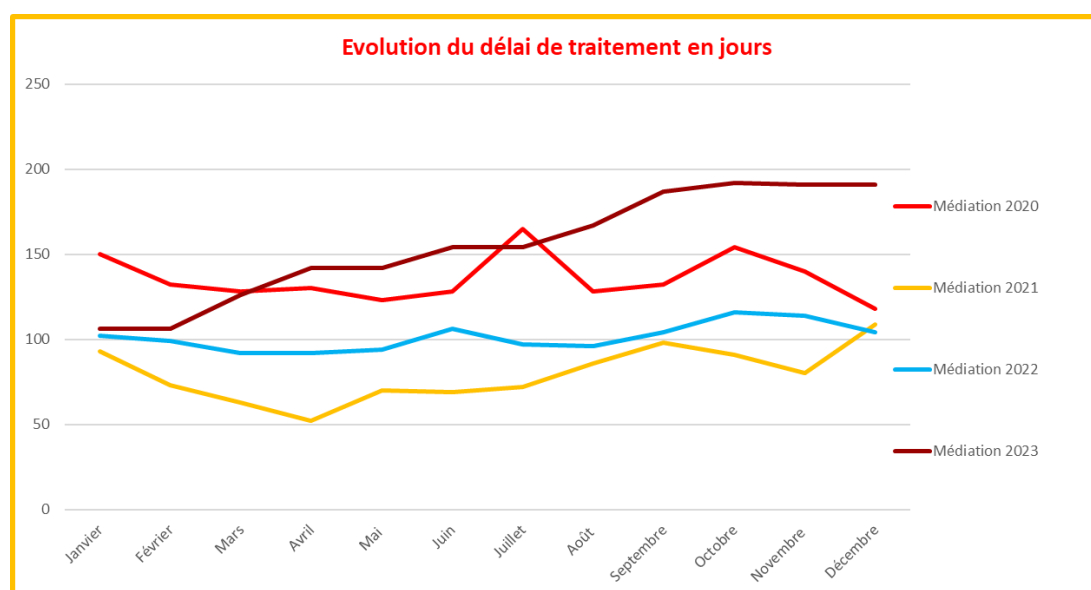
Ce délai de première réponse a été, en 2023, de 12 jours, ce qui est inférieur au délai légal de 21 jours.

Par ailleurs, l'article R.612-5 du Code de la consommation précise que « *l'issue de la médiation intervient, au plus tard, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la date de la notification mentionnée à l'article R. 612-2 [notification de recevabilité de la saisine]* ».

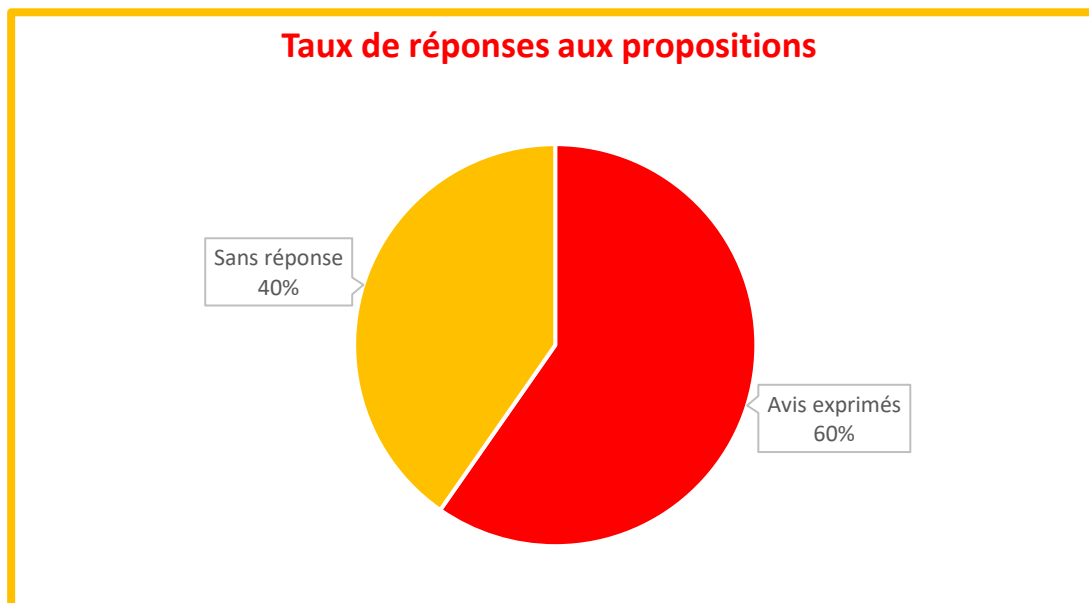
Le délai moyen de notification des avis a été, pour 2023, de 154 jours, en hausse par rapport au délai de 80 jours de 2021 et de 101 jours de 2022.

Cette dégradation du délai de traitement des dossiers de médiation est due à l'accroissement du nombre de saisines résultant de l'entrée en vigueur de la recommandation du 9 mai 2022 de l'ACPR.

En outre, la complexité croissante des dossiers nécessite plus de temps d'analyse de la part des collaborateurs ; de nombreux litiges portant sur les contrats de prévoyance concernent le fonctionnement de contrats d'assurance vie, la revalorisation des capitaux ou le taux de rendement de l'épargne constituée, ce qui nécessite une analyse technique et financière des dossiers.



## L'EXECUTION DES AVIS



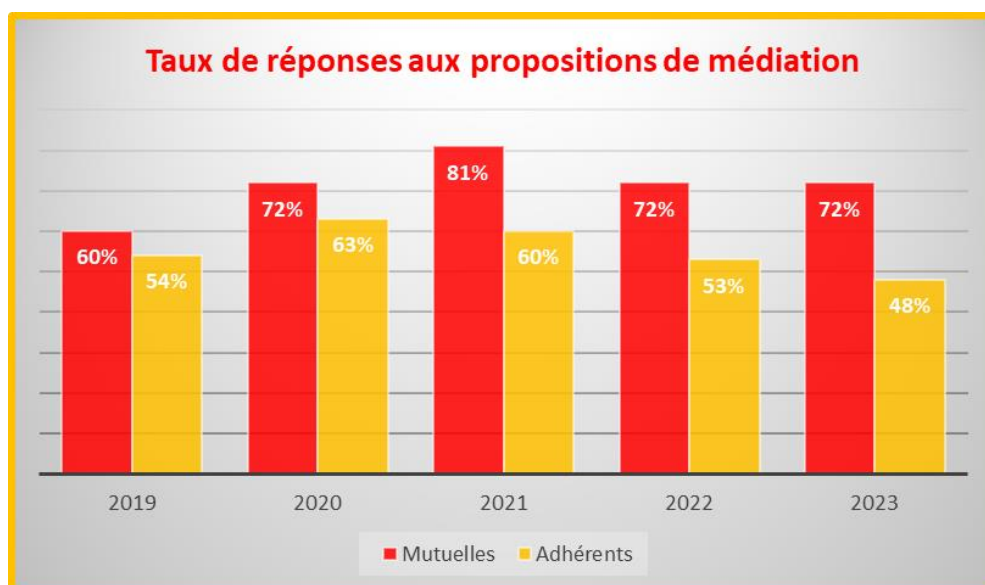
### **Evolution des taux de réponses aux propositions de médiation**

Le taux des retours tant des adhérents que des mutuelles est identique à celui de 2022.

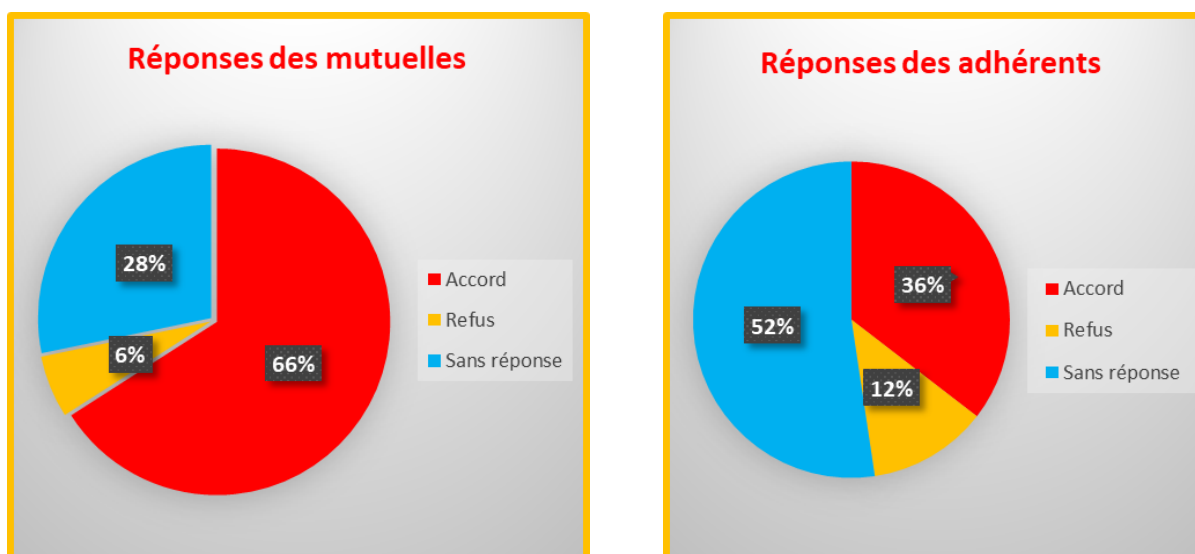
Il convient de noter que l'absence de réponse à la notification de la proposition de solution dans un délai de quinze jours **vaut acceptation tacite de la proposition**.

Les pourcentages des refus des mutuelles et des adhérents sont respectivement de 6% et 12%. On peut noter que le pourcentage des refus des adhérents est en baisse notable (- 8%) alors que le taux de réponse est le même.

On peut en conclure que les solutions proposées conviennent majoritairement aux deux parties, ce qui témoigne de l'utilité et de l'efficacité de la médiation.



### Proportion des acceptations et des refus



### Principaux motifs de refus

Les refus des mutuelles doivent être motivés. En 2023, les refus des mutuelles ont principalement porté sur l'application de l'article 7 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin.

Il est, à cet égard, regrettable que, malgré de nombreux échanges, notamment lors d'un club des correspondants médiation, au cours desquels les mutuelles ont pu partager leurs points de vue et s'accorder sur une interprétation commune des dispositions de cet article, j'ai encore un nombre régulier de dossiers dans lesquels les différents assureurs refusent d'indemniser des adhérents et se renvoient systématiquement la responsabilité de l'indemnisation.

Il est encore plus regrettable que la médiation ne parvienne pas, dans certains cas, à résoudre les différends, chacun des organismes se refusant à revoir sa position et à indemniser l'adhérent qui se retrouve sans prestation alors même que la résiliation du contrat collectif lui a été imposée.

### LES CONTENTIEUX

La médiation a été informée de deux contentieux introduits à la suite de la persistance du désaccord entre l'adhérent et la mutuelle après le recours à la médiation.

Il est pourtant certain que les litiges relatifs à l'application de l'article 7 de la loi Evin précédemment évoqués ont été portés devant les juridictions compétentes, les adhérents ne pouvant se résoudre à accepter une absence totale d'indemnisation alors même qu'ils étaient assurés.

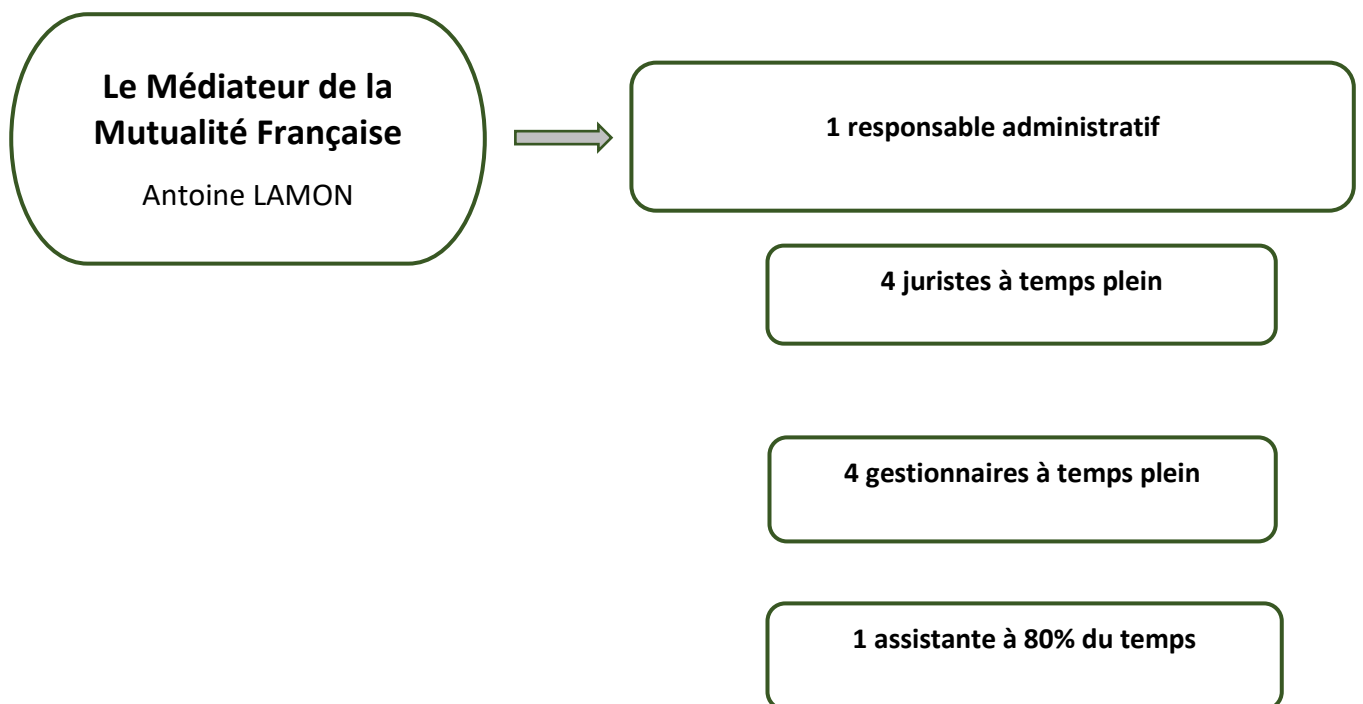
Malgré mon insistance, les mutuelles ne me signalent pas ces contentieux dont je ne peux connaître l'issue. Cette communication de la part des mutuelles serait pourtant source d'enseignement, tant par le nombre des recours judiciaires introduits que par la teneur des décisions rendues.

Cela pourrait permettre de définir d'éventuels axes d'amélioration dans la communication à l'égard des adhérents et des mutuelles.

## LES EFFECTIFS

Les effectifs sont demeurés stables en 2023, à l'exception de l'absence de juriste stagiaire en alternance et de la vacance d'un poste de gestionnaire, dans un contexte de restructuration de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

### Organigramme de l'équipe de la Médiation en 2023



## RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

### DEFAUT D'INFORMATION/ CONSEIL - PRECONTRACTUEL

#### 1. **DEFAUT D'INFORMATION PRE CONTRACTUELLE**

- ASSURANCE OBSEQUES

Comme par le passé, des adhérents saisissent régulièrement la médiation pour demander la restitution des cotisations versées au titre de leur contrat obsèques. En outre, ils ne comprennent pas que le montant cotisé soit supérieur au montant du capital garanti. A chaque fois, le litige réside dans la nature de la garantie souscrite par l'adhérent, nature qui détermine le régime juridique applicable.

Je rappelle à cette occasion la typologie des contrats d'assurance obsèques, telle que précisée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dans un communiqué de presse du 28 octobre 2019, et plus particulièrement la distinction entre les contrats d'épargne par lesquels la mutuelle s'engage à reverser au bénéficiaire désigné les sommes épargnées par l'adhérent et les contrats de prévoyance (notamment ceux dits « temporaires décès ») qui prévoient le versement d'un capital fixé à l'avance lors du décès de l'adhérent.

Dans la modification, le 18 février 2021, de sa recommandation 2015-R-02 du 12 février 2015 relative à la commercialisation des contrats d'assurance vie liés au financement d'obsèques, l'ACPR a souhaité « *amener les professionnels à progresser dans la clarté de l'information délivrée, y compris dans les publicités, et à améliorer la qualité du conseil lors de la commercialisation de ces produits.* »

**Je recommande donc à nouveau aux mutuelles de clairement rappeler aux adhérents, avant la souscription, la distinction entre un contrat d'épargne, qui repose sur une capitalisation plus ou moins espacée dans le temps, permettant aux adhérents de récupérer l'investissement effectué (à tout moment ou au terme du contrat grâce à la possibilité de rachat partiel ou total du contrat) et un contrat temporaire décès ou un contrat d'allocation obsèques, qui repose sur la survenance ou non du risque, la survenance du décès de l'assuré déclenchant le versement de la prestation prévue.**

Lorsque cette information est communiquée clairement, je me prononce en faveur de la mutuelle.

Ainsi, j'étais amené à me prononcer en faveur d'une mutuelle dont l'adhérente n'établissait pas le défaut d'information précontractuelle. L'intéressée, qui avait souscrit une garantie individuelle obsèques, s'estimait « *victime d'un vol manifeste par la souscription non éclairée d'un contrat pour lequel [elle avait] déjà versé plus de 11000€, alors qu'on [lui proposait] de [lui] rembourser un capital de 2800€ en cas de rachat ou de geler ce contrat pour une valeur de 3140€* ».

Elle souhaitait a minima le rachat de son contrat à hauteur du montant du capital. J'ai rappelé à l'adhérente que le montant du capital souscrit (à verser à son décès) avait été fixé à l'avance, qu'il s'agissait donc d'un contrat de prévoyance et non d'un contrat d'épargne. L'adhérente invoquait le défaut d'information précontractuelle du fait de la non remise des statuts de la Mutuelle. Elle indiquait également que les termes " *rachat selon la provision mathématique*" ne lui avaient pas été expliqués.



D'une part, j'ai rappelé que l'article L.223-8 du Code de la mutualité prévoit que le défaut de remise des documents et informations entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation dans la limite de huit ans à compter de la date où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

En l'espèce, en signant le bulletin d'adhésion, l'adhérente avait reconnu avoir reçu le règlement mutualiste comportant le projet de lettre de renonciation et la valeur de rachat. Outre le fait que les Statuts de la mutuelle ne sont pas visés par cet article, l'adhérente disposait d'un délai maximum de 8 ans pour renoncer à son contrat, ce qu'elle n'avait pas fait.

D'autre part, j'ai concédé que l'indication des valeurs minimales et de mécanisme des valeurs de rachat exprimés en pourcentage de « *provision mathématique* » sur les documents étaient peu explicites pour un néophyte : la garantie méritait un libellé plus explicite. Pour autant, j'ai constaté qu'en l'espèce, le règlement mutualiste distinguait bien la notion de provision mathématique de celle de capital garanti.

J'ai conclu que, s'il était compréhensible que l'adhérente n'ait pas mesuré l'intégralité de son engagement, elle n'apportait cependant pas la preuve d'un défaut d'information de la part de la mutuelle.

Le nombre de dossiers portant sur le défaut d'information en matière de contrats de prévoyance, notamment retraite devient conséquent. Pour autant, force est de constater que souvent il s'agit d'une incompréhension de la part des adhérents, sans que l'on puisse attribuer à la mutuelle un défaut d'information.

**Je demande cependant aux mutuelles de conserver une vigilance particulière sur ce point.**

## 2. DEFAUT DE CONSEIL PRE CONTRACTUEL

J'ai eu à traiter nombre de dossiers pour lesquels j'ai constaté un défaut de conseil de la part de la mutuelle en phase précontractuelle. Je me dois de rappeler que la remise de la notice d'information ou du règlement mutualiste ne suffit pas, la garantie doit être adaptée aux besoins de l'adhérent.

En effet, le législateur (article L.221-5 du Code de la consommation et article L.221-4 du Code de la mutualité) met à la charge de l'assureur une obligation d'information précontractuelle envers l'adhérent. Cette information se matérialise par la remise, avant la signature du bulletin d'adhésion, « *des statuts, du règlement ou de la fiche d'information sur le règlement qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques* ». Toutefois, l'assureur ne peut se limiter à la remise de documents d'information : la Cour de cassation en 2012 - sur le fondement de l'article 1147 (ancien) du Code civil (actuel article 1231-1) qui dispose « *Le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, s'il ne justifie pas que l'exécution a été empêchée par la force majeure* » - a jugé que « *l'assureur est tenu d'éclairer l'assuré sur l'adéquation des risques couverts par les stipulations du contrat d'assurance, fussent-elles claires et précises, à sa situation personnelle* ». La Cour de cassation a estimé, à cet égard, que : « *l'assureur, tenu d'un devoir de conseil vis-à-vis de son assuré, est tenu de lui proposer un contrat conforme à ses besoins et une garantie en rapport avec le risque couru ; (...)* » (Cour de cassation, Chambre civile 1, 13 décembre 2012, 11-27.631)

- DEF AUT DE CONSEIL A L'ADHESION D'UN CONTRAT SANTE

Dans une affaire, un adhérent, confronté au refus de la mutuelle de prendre en charge ses frais d'hospitalisation au motif que la date d'entrée à l'hôpital était antérieure à la date de son adhésion m'a saisi. En cours d'hospitalisation, l'adhérent avait, sur conseil de l'assistante sociale de l'hôpital, demandé son adhésion à un contrat de complémentaire santé auprès de la mutuelle qui l'a acceptée. A la date de souscription, l'aléa résidant dans la survenue d'une hospitalisation de l'adhérent ne pouvait exister car le fait générateur (premier jour d'hospitalisation) existait déjà.

Dès lors, il était certain que la mutuelle ne pourrait pas prendre en charge une hospitalisation qui avait débuté antérieurement à la date d'adhésion. Toutefois, outre une adhésion à effet rétroactif (bulletin signé le 15 octobre pour un effet du 1er octobre), j'ai relevé les arguments de l'assistante sociale qui avançait que non seulement l'hospitalisation de l'adhérent qui avait débuté le 18 août 2021 (selon le bulletin de situation) avait été portée à la connaissance de la mutuelle au moment de l'adhésion, mais qu'elle était l'objet même de la souscription. J'ai estimé que, le bulletin de situation de l'hôpital ayant été joint à la demande d'adhésion, la mutuelle avait manqué à son obligation d'information précontractuelle en ne précisant pas à l'adhérent, alors que tel était l'unique objet de sa démarche, que la garantie ne pourrait pas couvrir son hospitalisation en cours. Ce faisant, la mutuelle avait engagé sa responsabilité extra contractuelle : je l'ai donc invitée à prendre en charge les frais intervenus à compter de la date d'effet du contrat.

- GARANTIE NON ADAPTEE

Dans la continuité de ces remarques sur l'obligation de conseil en phase précontractuelle à la charge des mutuelles, j'ai été saisi à plusieurs reprises pour des litiges dans lesquels il était établi que l'adhérent avait formulé ses besoins en matière de santé de façon claire et précise avant la souscription de son contrat. Malheureusement, les informations communiquées par les mutuelles durant cette phase précontractuelle se révèlent parfois fausses car les contrats effectivement mis en place par les mutuelles ne répondent pas aux attentes des adhérents qui se retrouvent avec une absence de prise en charge pour leurs frais de santé.

**Je recommande donc aux mutuelles d'être plus attentives quant aux besoins spécifiques qui sont formulés par les adhérents afin de leur proposer une garantie adaptée à leur situation. Le besoin doit être clairement analysé pour y répondre parfaitement.**

Sur ce point, j'ai instruit un dossier dans lequel une adhérente avait recherché un contrat santé auprès de plusieurs organismes afin de répondre à ses besoins en santé ainsi qu'à ceux de sa famille. Lors de la phase précontractuelle, elle a transmis le devis établi pour les frais de rééducation de son fils afin de connaître l'indemnisation proposée par la mutuelle pour ce type de prestations. Après avoir signé son bulletin d'adhésion et transmis les factures concernant son fils, l'adhérente s'est vu opposer un refus de remboursement des frais engagés au motif que ceux-ci n'étaient pas couverts par la garantie souscrite.

Dans ce dossier, au regard des preuves écrites, j'ai constaté qu'il n'y avait aucun doute sur le fait que l'adhérente avait spécifiquement souscrit ce contrat pour bénéficier de la prise en charge des frais litigieux. La garantie applicable à ce type de frais étant une condition essentielle pour la souscription, elle a déterminé et motivé le choix d'adhérer à cette mutuelle.

Aussi, en ne proposant pas un contrat répondant aux demandes de l'adhérente alors qu'elle avait eu connaissance de ses besoins en santé, la mutuelle a manqué à son devoir de conseil et d'information. J'ai donc préconisé à la mutuelle d'appliquer la prise en charge qui avait été annoncée lors de l'adhésion et de prendre contact avec l'adhérente afin de faire le point sur ses besoins réels ainsi que les garanties qui lui seraient proposées pour l'avenir.

Je tiens, par ailleurs, à souligner que ce défaut de conseil ne porte pas uniquement sur les garanties puisque j'ai eu à connaître des dossiers relatifs à une modification du montant des cotisations annoncé dans le devis d'adhésion dès la prise d'effet du contrat sans qu'aucune information ne soit réalisée auprès des adhérents. A titre d'exemple, un dossier que j'ai instruit concernait l'application de l'exonération de cotisation pour le énième enfant proposée en phase précontractuelle.

Il n'est, à cet égard, pas rare de constater que, lors de la souscription au dernier mois d'une année civile, le montant des cotisations indiqué soit celui de l'année en cours, sans mention d'une future augmentation ; or, à ce moment de l'année, la mutuelle a connaissance du montant de cotisations applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. Il est important de communiquer ce nouveau montant au candidat à l'adhésion, sachant que ce montant sera exigible dès le deuxième mois d'adhésion. En l'absence de cette précision, le nouvel adhérent ne peut qu'être surpris de l'augmentation de la cotisation réclamée et estimer avoir été trompé lors de la souscription.

- COHERENCE FICHE IPID ET DOCUMENTS CONTRACTUELS POUR UN CONSENTEMENT ECLAIRE

Depuis la loi n°89-1014 du 31 décembre 1989, le droit des assurances exige la communication d'une information écrite, préalable à la conclusion du contrat, par l'assureur au futur souscripteur afin que celui-ci puisse donner un consentement éclairé. L'article 20 de la Directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances prévoit la fourniture au client, avant la conclusion du contrat, d'un document d'information normalisé sur le produit d'assurance : la fiche dite "insurance product information document" (IPID).

Cette exigence a été reprise par le texte de l'ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 relative à la distribution d'assurances, codifié à l'article L.112-2 du Code des assurances. Très formatés, les insurance product information document (IPID) doivent permettre aux futurs adhérents la compréhension et la comparaison des contrats d'assurance. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, aux termes de l'article L.521-4 du Code des assurances, tout distributeur d'assurances a pour obligation, préalablement à la conclusion du contrat, de remettre au souscripteur ce document « *afin de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause* ».

La fiche "insurance product information document" (IPID) doit être remise à l'adhérent au moment de l'adhésion. Pour autant, elle ne doit pas présenter des mentions ou absences de mentions **qui seraient en contradiction avec les documents contractuels**.

Certes, les documents d'information précontractuels n'ont pas vocation à reproduire le règlement mutualiste, mais ils doivent permettre de simplifier la présentation et la compréhension du contrat d'assurance au non professionnel et profane qu'est le candidat à l'adhésion. La fiche IPID est par définition un document succinct, l'ensemble des caractéristiques du contrat devant tenir en deux pages de format A4, ce qui, je le concède, peut relever pour l'assureur d'une véritable gageure. Le contenu du document d'information normalisé a été précisé par le règlement d'exécution n° 2017/1469. L'article R.112-6 du Code des assurances issu du décret n° 2018-431 du 1er juin 2018 liste les rubriques que le document doit comporter, dont les exclusions à la couverture.

Je rappelle l'importance accordée par le juge de Cassation à la connaissance par le souscripteur des restrictions de garantie. La liste des exclusions/restrictions sur l'IPID n'est pas exhaustive puisque seules les principales exclusions et restrictions doivent y figurer. Concernant les exclusions, le code des assurances ne procède pas à leur classement par ordre d'importance et ne distingue pas entre une exclusion principale et une exclusion secondaire ; c'est la raison pour laquelle le Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF)<sup>1</sup> invite les rédacteurs de l'IPID à mentionner les franchises, seuils et délais de carence les plus importants. Concernant les limitations du contrat, le CCSF souhaite<sup>2</sup> une reprise des plafonds en caractères gras et la mise en avant d'éventuels critères de variabilité.

La fiche d'information ne valant pas engagement contractuel, son défaut de remise ne fait l'objet d'aucune sanction prévue. Toutefois, certains auteurs<sup>3</sup> ont évoqué la possibilité d'utiliser comme sanction la nullité pour vice du consentement. Il faut aussi rappeler que la Cour de cassation<sup>4</sup> admet que des dépliants publicitaires, **bien que précontractuels, entrent dans le champ contractuel car ils ont déterminé le consentement du souscripteur** (la publicité relative à un contrat d'assurance rendait inopérante une clause contractuelle limitant la garantie).

De la même manière, il est alors possible d'affirmer que la fiche d'information « *peut altérer la valeur du véritable contrat en créant une illusion* »<sup>5</sup>.

**J'invite à cet égard les mutuelles à produire auprès de la médiation la fiche IPID, dès lors que la saisine porte sur le défaut de conseil précontractuel.**

Dans un dossier qui m'a été soumis, l'adhérent avait demandé une adhésion à une garantie de maintien de salaire. Placé « *en disponibilité d'office pour raison de santé après un congé maladie ordinaire pour une période de 6 mois* », l'adhérent a sollicité la mise en œuvre de sa garantie. La mutuelle a refusé de prendre en charge l'indemnisation du congé de mise en disponibilité d'office pour raison de santé de l'adhérent, invoquant le règlement mutualiste qui précisait que, pour les membres participants placés en disponibilité d'office pour raison de santé, l'allocation était versée pendant une période ne pouvant excéder un mois.

Or d'autres documents précontractuels (la fiche de « *formalisation du devoir de conseil* » et la fiche IPID) mentionnaient le contraire, la divergence s'avérant de taille. J'ai donc conclu que, même si le règlement mutualiste mentionnait la limitation à un mois de prise en charge du congé de mise en disponibilité d'office pour raison de santé, il n'en demeurerait pas moins que les documents précontractuels indiquaient à l'inverse une prise en charge sans limitation de durée, ce qui était de nature à vicier le consentement de l'adhérent. J'ai donc invité la mutuelle à indemniser l'adhérent.

### 3. DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Depuis la parution du décret n°2022- 34 du 17 janvier 2022 relatif au démarchage téléphonique en assurance précisant les conditions d'application de l'article L.112-2-2 du Code des assurances créé par la loi n° 2021-402 du 8 avril 2021, cette pratique est encadrée dans le but de garantir aux adhérents une information claire, exacte et non trompeuse en phase précontractuelle et ce, même si l'adhésion se réalise par téléphone. En effet, avec cette nouvelle réglementation, l'objectif est de protéger le consommateur vis-à-vis du professionnel grâce à la mise en place d'une procédure à respecter. De manière générale, le distributeur doit s'assurer de transmettre avec précision certaines informations afin que le consommateur ait connaissance de l'objet de l'appel, des conséquences de son adhésion et du produit qu'il souscrit. Le professionnel doit également s'assurer de recueillir auprès du consommateur toutes les informations afin de déterminer ses besoins santé en fonction de sa situation.

Cependant, dans les faits, je constate qu'il y a encore de nombreuses erreurs commises par les distributeurs de contrat. Il est, à cet égard, de notoriété publique que de nombreux courtiers ont été sanctionnés pour leurs pratiques abusives que ce soit par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ou par la Direction générale de la Concurrence, de la consommation et de la Répression des Fraudes.

Cette année encore, j'ai été saisi par des adhérents pour des cas d'affiliations non consenties réalisées par le biais d'un démarchage téléphonique.

Dans ce type de dossier, les faits sont toujours semblables : les affiliations sont généralement réalisées par un courtier et sont contestées tardivement, après le délai de rétractation, lorsque l'adhérent se rend compte de son affiliation.

Ainsi, dans un dossier, un adhérent qui avait réalisé une demande de complémentaire santé solidaire, a adhéré électroniquement à un contrat santé proposé par un courtier en assurance. Dans cette affaire, l'adhérent a demandé l'annulation du contrat souscrit par l'intermédiaire du courtier car sa situation lui permettait de bénéficier de la complémentaire santé solidaire et il n'avait donc aucun besoin d'un autre contrat santé. Il a déclaré, lors de sa saisine, qu'il pensait en toute bonne foi que le courtier – qui était en possession de toutes ses informations personnelles – était un sous-traitant de la sécurité sociale qui devait lui permettre de conclure un contrat de complémentaire santé solidaire.

Dans ce dossier, j'ai constaté qu'il y avait un doute sur la volonté de l'adhérent de conclure le contrat litigieux car l'envoi d'un code par téléphone ne démontre pas que toutes les informations précontractuelles nécessaires à l'établissement d'un consentement éclairé ont été communiquées.

Dans ce cas, la contestation de l'adhésion a été faite tardivement car l'adhérent n'étant pas à son domicile, il n'a pas pu prendre connaissance des documents contractuels envoyés par courrier avant la fin de son droit à rétractation.

En l'absence de justificatif tel que la communication d'un enregistrement ou la fiche de devoir de conseil, j'ai donc retenu un manquement au devoir de conseil et un défaut de communication des informations précontractuelles lors de la souscription à distance du contrat. En effet, si le courtier avait pris en compte toutes les informations de l'adhérent, il se serait aperçu qu'il était bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire et qu'il n'avait donc pas besoin de souscrire un nouveau contrat santé. J'ai donc opposé la nullité du contrat à la mutuelle et l'ai invitée à rembourser les cotisations perçues à tort.

**Au regard des situations rencontrées sur le démarchage téléphonique, je préconise aux organismes mutualistes de porter une attention particulière aux pratiques de leurs courtiers en la matière afin de garantir la validité des contrats souscrits.**

## EXECUTION DU CONTRAT

### 1. **INFORMATIONS DONNEES PAR L'ADHERENT A LA MUTUELLE**

La situation de l'adhérent évolue, ce qui peut impacter son contrat d'assurance. Il arrive parfois que la mutuelle ne tienne pas compte des informations que l'adhérent lui transmet quant aux changements de situation intervenus, faussant ainsi la base de versement des prestations ou de calcul des cotisations.



Dans le cadre d'une affaire qui m'a été soumise, l'adhérente contestait l'augmentation des cotisations à la suite d'un changement de régime d'assurance maladie obligatoire (passage du régime local d'Alsace-Moselle au régime général d'assurance maladie).

La mutuelle a reconnu un traitement tardif des réclamations de l'adhérente et n'a pas sollicité la régularisation des cotisations à la suite du changement de régime.

J'ai rappelé aux parties que le changement de régime d'assurance maladie peut avoir un impact sur le montant même des cotisations à régler par le membre participant, notamment lorsque ce changement diminue les remboursements de la Sécurité sociale.

A l'occasion d'une autre saisine, l'adhérente contestait le refus de prise en charge de ses prestations de santé de 2021, à raison d'une garantie non adaptée à sa situation. Elle reprochait à la mutuelle de n'avoir pas pris en considération le fait qu'elle résidait en Nouvelle Calédonie alors qu'elle l'en avait informée dès novembre 2020.

La mutuelle reconnaissait que l'adhérente l'avait informée de son changement de domicile dès novembre 2020 pour aller vivre à Nouméa. A la suite d'une erreur de gestion, cette information n'avait pas été prise en compte privant l'adhérente de remboursements adaptés. J'ai donc invité la mutuelle à rembourser la prestation de santé réellement due.

## 2. INFORMATIONS DONNEES PAR LA MUTUELLE A L'ADHERENT

### • MODIFICATION DES GARANTIES

L'année 2023 n'a pas fait exception aux précédentes étant donné que j'ai eu à connaître de plusieurs litiges relatifs à l'information sur les modifications de garanties en cours d'exécution du contrat.

Cette problématique n'étant pas nouvelle, je souhaite être bref sur le sujet.

Il est indéniable que, malgré mes recommandations antérieures, il arrive encore trop fréquemment que des organismes mutualistes manquent à leur obligation d'information des changements de garantie. En effet, j'ai encore rencontré des dossiers dans lesquels aucune notification de changement de garantie n'a été réalisée.

J'estime donc qu'il est opportun d'évoquer certaines préconisations permettant de respecter l'obligation d'information de l'adhérent en phase contractuelle.

Je souhaite rappeler que les preuves écrites sont indispensables pour permettre de retenir l'opposabilité des nouvelles garanties à l'adhérent.

**Concernant les contrats individuels, je recommande fortement aux mutuelles de conserver tout type de preuve écrite tel qu'un double du courrier recommandé avec avis de réception s'il y en a eu ou tout autre document établissant que l'adhérent a eu connaissance du changement de garantie dans les conditions prévues à l'article L.221-5 du Code de la mutualité.**

S'agissant des contrats collectifs, toute modification devant être constatée par un avenant signé par le souscripteur et l'organisme mutualiste, l'obligation d'information de cette modification pèse sur le souscripteur qui est, bien souvent, l'employeur de l'adhérent.

**Dans ce cas, je réitère ma recommandation aux mutuelles d'établir un document permettant de spécifier les modifications de garanties réalisées et de le remettre au souscripteur du contrat en vue de sa transmission aux adhérents.**

Sur ce sujet, je souhaite évoquer un cas que j'ai eu à traiter faisant apparaître que la mutuelle avait gravement manqué à son obligation d'information sur plusieurs points. L'adhérente bénéficiait de la portabilité de son contrat collectif à la suite de sa mise à la retraite. La mutuelle a modifié son adhésion vers un nouveau contrat individuel quelques années plus tard **et ce, sans son accord**. J'ai donc retenu la responsabilité de la mutuelle et remis en question la validité du nouveau contrat car le contrat initial avait été résilié unilatéralement par l'organisme sans qu'aucune notification n'ait été envoyée à l'adhérente. De plus, le nouveau contrat avait été mis en place sans prise de contact avec l'adhérente et, surtout, sans procéder à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion. Compte tenu de ces erreurs, j'ai préconisé à la mutuelle de mettre en place un contrat ayant des garanties identiques au contrat collectif initial.

Je tiens également à signaler que si **la notification** prévue à l'article L.221-5 du Code de la mutualité ne concerne que les changements de garantie et les hausses de cotisations, l'information aux adhérents doit également être communiquée lors de tout changement important ayant un impact sur l'application du contrat.

Ainsi, j'ai également été saisi des litiges relatifs à l'information des nouvelles modalités de gestion d'un contrat comme, par exemple, les nouvelles procédures de remboursement des frais de santé (suppression de la télétransmission et, par conséquent, du tiers-payant).

- LISIBILITE DE L'ESTIMATIF DE PRISE EN CHARGE

Je constate encore que certains estimatifs de prise en charge manquent de précision et peuvent donc induire en erreur les adhérents.

**Dès lors, pour une parfaite lisibilité de la prise en charge prévisionnelle, je recommande d'indiquer sur l'estimation :**

- **l'existence ainsi que le montant d'un forfait de consommation des soins lié à la garantie avec la période de référence ;**
- **ce qui est déductible de ce forfait et ce qui est pris en charge en dehors du plafond ;**
- **le solde restant de ce forfait si des soins ont déjà été réalisés sur l'année ;**
- **le non-cumul des devis.**

J'ai ainsi eu à connaître d'un dossier où l'adhérente réalisait la pose de trois implants dentaires ; cette dernière avait adressé à la mutuelle trois devis distincts, mentionnant chacun un implant dentaire. La mutuelle a donc adressé trois estimatifs de prise en charge distincts. Mais l'adhérente pensait que ces estimatifs se cumulaient, et comptait donc sur une prise en charge des trois implants dentaires. Or, la garantie souscrite ne prévoyait la prise en charge que de deux implants dentaires.

**En l'espèce, la mutuelle avait fait une juste application de la garantie, mais les estimatifs de prise en charge auraient dû mentionner clairement qu'ils ne se cumulaient pas, d'autant qu'ils se suivaient chronologiquement. A tout le moins, il convenait de rappeler, sur chacun des estimatifs, la limitation annuelle de la prise en charge de deux implants.**

- INFORMATION SUR LES CALCULS ET VALEURS DES PRESTATIONS

J'ai constaté, en 2023, une augmentation des saisines fondées sur l'incompréhension des calculs de rente, de taux techniques, des calculs de prestations de maintien de salaire.

Ainsi, j'ai été saisi par une adhérente qui contestait la demande en restitution d'un indu de prestations pour un montant de plus de 4000 euros.

L'adhérente avait souscrit deux garanties prévoyance auprès de la mutuelle : une garantie maintien de salaire et une garantie maintien de prime en cas d'incapacité de travail. A la suite d'un placement en congé maladie ordinaire, la mutuelle avait indemnisé l'adhérente au titre de la garantie perte de primes, puis, lors du passage à demi-traitement, au titre de la garantie maintien de salaire.

L'employeur public a interrompu le prélèvement des cotisations mutualistes sur le traitement de l'adhérente en raison d'une procédure relative à la quotité saisissable (montant maximum qu'il est possible de précompter sur un salaire) : la mutuelle a donc procédé à la compensation légale entre les cotisations non prélevées (mais dues) et les prestations de prévoyance à verser à l'adhérente (imputation de la dette sur la créance). Autrement dit, l'adhérente ne percevait presque plus d'indemnités. Entre temps, l'adhérente a été placée en congé de longue maladie à plein traitement à effet rétroactif, ceci impliquant que les prestations versées au titre de ses garanties n'étaient pas dues. En l'occurrence, l'adhérente était bien redevable des cotisations non précomptées et des prestations devenues indues par le jeu de la rétroactivité de son placement en congé de longue maladie : elle avait remboursé la mutuelle par virement à hauteur de 3500 euros environ. Toutefois, pendant plusieurs mois la mutuelle a continué à lui adresser des décomptes de prestations comportant des mesures de compensation légale et lui a indiqué qu'elle devait la somme de plus de 4000 euros. J'ai constaté que les décomptes de prestations présentaient un montant compensé qui ne correspondait pas à la somme restant due. Par ailleurs, le solde restant dû indiqué sur ces décomptes n'était pas cohérent. J'ai également observé que les décomptes ne précisaient pas au titre de quelle garantie la prestation était versée et /ou compensée.

Outre le fait que le remboursement de 3500 euros opéré par l'adhérente n'avait pas été intégré aux calculs, la mutuelle a reconnu que des dysfonctionnements informatiques avaient généré des décomptes erronés. Il s'est avéré que l'adhérente, non seulement n'était pas redevable de la somme de 4000 euros, mais qu'elle était même créancière envers la mutuelle de 40 euros ; ce qui changeait assurément la situation de l'adhérente.

Je concède que la procédure de précompte décalée des échéances, conjuguée à la rétroactivité des placements en congés maladie, n'est pas de nature à faciliter la tâche des mutuelles.

Je recommande cependant aux organismes de transmettre à leurs adhérents des décomptes d'indemnités journalières qui présentent des éléments essentiels (montants des remboursements au regard des garanties mobilisées) et cohérents pour une meilleure compréhension par les adhérents.

Dans un autre dossier, une adhérente m'a saisi pour contester les versements effectués au titre de sa garantie maintien de salaire et plus précisément les bases de calcul utilisées, les taux appliqués ainsi que l'absence de revalorisation annuelle minimale de ses prestations.

Aussi, l'adhérente demandait des explications sur les calculs de sa garantie. Au cours de la procédure de médiation, la mutuelle a réalisé une régularisation de ses versements.

Néanmoins, l'adhérente a maintenu sa réclamation au motif que des erreurs de calculs étaient toujours présentes.

J'ai rappelé qu'il ne relève de ma compétence que de vérifier si le calcul effectué par la mutuelle n'est pas contraire aux dispositions contractuelles.

En l'espèce, j'ai constaté que les calculs effectués étaient conformes aux garanties contractuelles. Toutefois, en réalisant un comparatif entre le tableau des primes versées fourni par la mutuelle et celui fourni par l'adhérente, des irrégularités m'ont poussé à demander à la mutuelle de vérifier la bonne réalisation de tous les versements mentionnés.



Par ailleurs, pour une meilleure information de l'adhérente, j'ai demandé à la mutuelle de lui communiquer un courrier explicatif des calculs de ses indemnités avec un tableau récapitulatif mentionnant la date et les montants versés, que ce soit pour sa garantie maintien de salaire mais également pour sa garantie maintien de primes.

Enfin, concernant la revalorisation annuelle, la rédaction des dispositions contractuelles était sujette à interprétation ce qui nuisait à la lisibilité des garanties ; j'ai donc préconisé à la mutuelle d'appliquer une revalorisation annuelle minimale sur les prestations de l'adhérente.

Pour autant, si les documents d'information adressés par la mutuelle à l'adhérent peuvent parfois manquer de clarté, la plupart du temps l'on s'aperçoit à l'examen des dossiers que les adhérents rencontrent des difficultés pour l'appréhension de notions très techniques et complexes, sans que le document d'information soit en cause.

**Etant bien conscient que ce type de garanties peut être complexe à comprendre pour les adhérents, je recommande, comme je l'avais déjà fait dans mon rapport d'activité de l'année 2021, aux organismes mutualistes d'insérer au sein de leur documentation contractuelle des exemples de calculs de la garantie.** <sup>2</sup>

Il convient, à cet égard, de saluer les travaux menés par le Comité Consultatif du Secteur Financier sur ce sujet sur demande du ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. Après avoir passé en revue l'offre des contrats d'assurance prévoyance, le Comité a constaté le manque de lisibilité globale des prestations de prévoyance quant au fonctionnement entre le régime de base et le régime complémentaire et a travaillé sur des tableaux d'exemples de remboursement pour les salariés du secteur privé et travailleurs non-salariés.

Ces travaux ont permis d'élaborer des exemples de remboursement, destinés à faciliter la lisibilité et la comparabilité entre les offres existant sur le marché pour les souscripteurs de ces contrats. Ils visent à aider les assurés à comprendre le fonctionnement de ces contrats prévoyance, avec des exemples chiffrés pour les principaux risques couverts par la prévoyance – décès, incapacité et invalidité – et indication des montants totaux perçus in fine par l'assuré.

Dans son avis du 16 janvier 2024,

- « *Le Comité approuve les tableaux des exemples de prise en charge des principales garanties de prévoyance existant (garanties décès, incapacité et invalidité) pour les salariés du secteur privé et les travailleurs non-salariés, tels que présentés en annexe. Ces tableaux présentent des exemples de fonctionnement des couvertures prévoyance entre le régime obligatoire de la Sécurité sociale et le régime de prévoyance pour les salariés du secteur privé (ce qui a trait aux obligations légales, à la convention collective et au contrat collectif de l'employeur), ou le contrat de prévoyance du travailleur non salarié ;*

<sup>2</sup> Extrait du rapport d'activité de l'année 2021 (page 24) : « La clarté des garanties doit également être retrouvée au sein des explications contenues dans les documents contractuels. Ainsi, je tiens à souligner qu'il est important pour les mutuelles de détailler les modalités de calculs des indemnités proposées par les contrats de prévoyance notamment pour les garanties de maintien de salaires.

J'ai relevé que le contrat n'était pas clair dans l'explication du calcul de l'indemnité de maintien de salaire.

(...)

Il serait sans doute opportun que, dans ce type de garanties, les mutuelles insèrent des exemples de calculs afin que les adhérents puissent avoir une meilleure visibilité et compréhension de leurs garanties. »

- *Le Comité prend acte de l'engagement des professionnels à mettre en place ces tableaux d'exemples pour des contrats standards consultables sur les sites internet des organismes, afin de permettre une meilleure compréhension de la prévoyance et le cas échéant faciliter une comparabilité des offres ;*
- *Le Comité prend acte de leur engagement à en faciliter l'accessibilité sur leur site internet, sous format téléchargeable, à destination des assurés et des souscripteurs, qu'il s'agisse des employeurs, des salariés du secteur privé ou des travailleurs non-salariés ;*
- *Le Comité prend acte enfin de l'engagement des professionnels à mettre en œuvre ces tableaux des exemples de prise en charge des principales garanties de prévoyance existant au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2025. »*

Le premier engagement des acteurs de l'assurance sur la lisibilité des garanties des contrats de complémentaires santé a permis assurément une meilleure compréhension des garanties par les adhérents ; le nombre de dossiers concernant une mauvaise compréhension de ces garanties dans ce champ est en baisse.

Un tel engagement dans le champ de la prévoyance, plus complexe à mettre en œuvre en raison de la nature même de ces contrats, aura sans doute les mêmes effets bénéfiques.

Il est néanmoins nécessaire que cette clarification des garanties de prévoyance ne se limitent pas au secteur privé.

### 3. EVOLUTION REGLEMENTAIRE

Il est vrai que la réglementation, notamment celle relative aux contrats responsables, évolue régulièrement. Pour autant, les mutuelles se doivent de se conformer aux nouvelles dispositions et de les appliquer dès leur entrée en vigueur.

Ainsi, j'ai invité une mutuelle à vérifier les remboursements pour les équipements d'optique de 2020 opérés par son gestionnaire, et à les corriger si besoin (le délai de prescription n'étant pas acquis). Cette recommandation concluait un litige où l'adhérent contestait le refus de prise en charge des lunettes de son fils au motif que le délai avec la précédente facture d'optique était inférieur à un an. Toutefois, la réglementation relative aux contrats responsables avait évolué avec la mise en place de la réforme dite du "100% santé". Ainsi, le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 « *visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires* » avait modifié le cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires ». Auparavant, une période de renouvellement de deux ans s'appliquait à tous les assurés : elle était réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue. La nouvelle réglementation (codifiée à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale et expliquée dans l'instruction ministérielle du 29 mai 2019) applicable aux contrats santé conclus ou renouvelés au 1<sup>er</sup> janvier 2020, comme tel était le cas en l'espèce, prévoit une prise en charge différente :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, le délai d'un an n'est pas opposable aux mineurs de moins de 16 ans « *en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique* ».

En l'occurrence, le fils de l'adhérent étant un mineur de moins de 16 ans, la mutuelle ne pouvait lui opposer le délai d'un an à raison d'une évolution de sa vue avérée et justifiée.

Dans un autre registre, j'ai invité une mutuelle à rembourser des dépassements d'honoraires sur une consultation de pédiatrie codifiée "COK" correspondant à « *l'examen obligatoire de l'enfant (2-6 ans) par les pédiatres* » créée par l'avenant n° 9 à la Convention médicale et applicable à compter du 1er avril 2022. Pour opposer un refus à l'adhérent, la mutuelle avançait que le nouveau code COK concernait des consultations prises en charge à 100% par le régime obligatoire. Or, si le nom de l'acte a changé pour permettre de le distinguer de celui concernant les enfants de 0 à 2 ans qui ont bénéficié d'une majoration tarifaire, il ne semble pas exister d'interdiction légale ou réglementaire de prise en charge des dépassements d'honoraires sur cette consultation.

#### 4. CONTROLE DE SOINS

Certaines mutuelles conditionnent le remboursement de soins à des contrôles a priori, ceux-ci étant souvent motivés par une suspicion de fraude de la part des professionnels de santé, avec la complicité éventuelle des adhérents. Ces contrôles a priori sont effectués pour le remboursement de soins dentaires par certaines mutuelles qui exigent des adhérents qu'ils produisent le résultat d'examens radiologiques attestant de la véracité des soins.

Je maintiens toujours la même position : ces pratiques de contrôles a priori des soins contreviennent au principe même du respect du secret médical, et prennent en quelque sorte l'adhérent en otage, dans un litige qui oppose l'organisme complémentaire au professionnel de santé.

Je rappelle incidemment que les services administratifs d'une mutuelle ne sont pas compétents pour apprécier la pertinence ou la réalité des soins ; seul le médecin conseil de la mutuelle peut le faire.

De manière générale, il est préconisé de ne pas conditionner le remboursement de soins à la production de documents non indispensables pour la liquidation des prestations, quand bien même le règlement mutualiste ou la notice d'information le prévoit.

Il est d'usage d'inclure dans les documents contractuels des clauses telles que « *La mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent la production de pièces complémentaires pour la délivrance de la prestation* ». Si ce type de clause permet à la mutuelle de conditionner son obligation de règlement des prestations à la justification des dépenses engagées, la demande de fourniture d'autres pièces justificatives que celles nommément désignées ne doit pas être systématique.

**Ainsi, l'application de cette clause, lorsqu'elle existe, doit être exceptionnelle, uniquement dans le cas où la fourniture des pièces justificatives courantes ne permet pas à la mutuelle de satisfaire à ses obligations.**

J'ai eu à examiner un dossier où l'adhérent opposait son droit au secret médical à la mutuelle et refusait de transmettre la radio pré-implantaire pour un implant dentaire. La mutuelle demandait cette radio afin de vérifier si l'implant avait été posé avant ou après l'adhésion. J'ai relevé que l'adhérent avait accepté de transmettre les radios pour un autre implant posé bien après son adhésion. **Dès lors, eu égard à cette contradiction entraînant une suspicion légitime de la part de la mutuelle, j'ai proposé aux parties de diligenter une expertise médicale.**

Il est certain que de véritables situations de fraudes existent. Pour autant, en cas de suspicion de fraude, il appartient à la mutuelle, si elle le juge opportun, d'engager les procédures idoines à l'encontre des professionnels de santé concernés.

La pratique consistant à conditionner le versement de prestations à la production de documents non nécessaires à l'indemnisation revient à poser un principe de présomption de malhonnêteté vis-à-vis de l'adhérent, témoignant d'une défiance systématique difficilement justifiable.

Une affaire inédite illustre la lutte contre la fraude des organismes mutualistes. En l'occurrence, une adhérente a présenté plusieurs factures d'équipements optiques à la mutuelle pour obtenir une prise en charge. Après investigation, la mutuelle a fait état d'anomalies et de falsifications sur les ordonnances médicales reçues. L'ophtalmologue présumé avoir prescrit les équipements a certifié n'avoir jamais reçu en consultation l'adhérente et n'avoir jamais établi de prescription en sa faveur. La fraude a été ainsi prouvée par la mutuelle.

La preuve de l'établissement de la fraude reposant sur l'organisme mutualiste, je rappelle que mon appréciation est intrinsèquement liée au contrôle des éléments probatoires fournis. C'est, en effet, à partir de ces éléments que j'estime si la fraude est avérée ou non. Sans preuve apportée par les mutuelles, je ne peux valablement me prononcer sur la véracité de la fraude.

A l'occasion de certains dossiers, je suis également amené à me prononcer sur la cohérence (sans pour autant qu'il y ait fraude) des documents de facturation établis par les professionnels de santé.

Ainsi, dans une affaire, la mutuelle refusait la prise en charge des dépassements d'honoraires d'un médecin en secteur II pour des actes de chirurgie réalisés en établissement de santé, estimant qu'il ressortait que la facturation (note d'honoraires) n'était pas en cohérence avec les éléments déclarés auprès du régime obligatoire. J'ai constaté qu'effectivement les dépassements d'honoraires ne figuraient pas sur le décompte de la Sécurité sociale. Cependant, j'ai remarqué qu'ils avaient été déclarés sur le bordereau de facturation de la clinique, et ce conformément aux dispositions de la convention médicale<sup>6</sup>. En l'espèce, le bordereau de facturation mentionnait le numéro ADELI du médecin ainsi que le montant des dépassements d'honoraires sur l'acte de chirurgie. J'ai alors rappelé que, lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support, conformément à l'article L.162-4 du Code de la sécurité sociale. Par ailleurs, la note d'honoraires établie par le praticien était conforme à ce que la clinique avait déclaré à l'assurance maladie. J'ai conclu que la facturation sur le bordereau avait été établie conformément à la réglementation (convention médicale, Code de la sécurité sociale et Code de la santé publique), et invité la mutuelle à rembourser à l'adhérent les dépassements d'honoraires aux conditions contractuelles.

A l'inverse, dans un autre dossier qui m'était soumis, un masseur kinésithérapeute avait facturé à son patient des frais "*d'actes complémentaires*". L'adhérent estimant qu'il s'agissait de dépassements d'honoraires demandait leur prise en charge à la mutuelle alors que celle-ci estimait qu'il s'agissait d'un acte hors nomenclature. J'ai rappelé que, selon la réglementation, le masseur kinésithérapeute s'interdit tout dépassement en dehors de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade et que, le cas échéant, le praticien doit l'indiquer sur la feuille de soins en précisant le motif de cette majoration (DE). Il peut également facturer des actes hors nomenclature pour lesquels le régime obligatoire n'intervient pas, l'intégralité demeurant à charge de l'adhérent.

En l'espèce, j'ai constaté qu'aucun dépassement d'honoraires ne figurait sur le décompte du régime obligatoire. J'ai relevé que la mention "dépassement d'honoraires" sur la facture du masseur kinésithérapeute était erronée, et conclu que "l'acte complémentaire" était un acte hors nomenclature qui n'était pas pris en charge par la garantie de l'adhérent.

## PRESCRIPTION

### 1. PRESCRIPTION ET DECHEANCE DES DROITS

#### • PRESCRIPTION

Au regard des litiges reposant sur l'application de délais de prescription, il me semble utile de rappeler les dispositions relatives à la prescription applicables aux contrats d'assurance.

Pour rappel, la prescription est, selon le code civil, « *un mode d'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps* ».

La prescription en droit de la mutualité, pour les opérations résultant des contrats, est biennale, quinquennale, décennale, voire trentenaire.

Dans quel cas s'appliquent ces délais de prescription ?

L'ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 relative au code de la mutualité a créé l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Celui-ci, modifié par l'article 18 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 et par l'article 51 de la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014, est ainsi rédigé : « *Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.*

*Toutefois, ce délai ne court :*

*1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;*

*2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.*

*Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.*

*Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.*

**Ces dispositions prévoient ainsi quatre délais de prescription applicables aux contrats mutualistes.**

**A/ La prescription biennale :** Cette prescription s'applique aux opérations des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation, à l'exclusion des opérations collectives garantissant l'incapacité de travail et, dans certaines conditions, les contrats dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine. Elle s'applique donc aux contrats individuels et collectifs de complémentaire santé, d'invalidité, de retraite et pour certaines opérations des contrats d'assurance vie. Cette prescription ne concerne **que les opérations résultant du contrat.**



**L'action en restitution d'indu, considérée comme ne résultant pas du contrat, se prescrit par le délai de droit commun, actuellement de cinq ans.**

**B/ La prescription quinquennale** : Cette prescription prévue à l'article L.221-11 du code de la mutualité n'est mise en œuvre que lors de l'examen des demandes d'indemnisation dans le cadre de garanties collectives d'incapacité de travail.

Cette prescription diffère par nature de la prescription de droit commun définie à l'article 2224 du Code civil : *« Les actions personnelles ou mobilières se prescrivent par cinq ans à compter du jour où le titulaire d'un droit a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer »*.

**C/ La prescription décennale** : Cette prescription s'applique aux opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 (à savoir les engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le versement de capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, l'appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contrepartie d'engagements déterminés) lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Le point de départ de la prescription, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du membre participant, est soit l'événement donnant naissance à l'action, soit, en cas de sinistre, le jour où le bénéficiaire en a connaissance (à condition d'apporter la preuve qu'il l'ignorait auparavant).

Par conséquent, pour les prestations en cas de décès, le point de départ de la prescription décennale est le jour où le bénéficiaire a connaissance du décès du souscripteur.

**D/ La prescription trentenaire** : Le dernier alinéa de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, introduit par l'article 18 de la loi du 21 décembre 2006 stipule : *« Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »*

Cette prescription trentenaire – qui est distincte de l'ancienne prescription de droit commun – vient compléter les précédentes dispositions.

Il est, à cet égard, expressément précisé que cette prescription – qui ne concerne que les contrats d'assurance-vie et non l'ensemble des contrats dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine – s'applique nonobstant les dispositions du 2° (à savoir que le délai de prescription ne court que du jour où le bénéficiaire a connaissance de la réalisation du risque).

C'est donc une restriction du point de départ du délai de la prescription décennale qui est fixée par le dernier alinéa de l'article L.221-11 du Code de la mutualité. Ce texte ne remet pas en cause la prescription décennale mais restreint son application aux vingt ans qui suivent le décès de l'assuré. En d'autres termes, le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie dispose d'un délai de dix ans à compter du jour où il a connaissance du décès du souscripteur, sous réserve que le terme de ce délai ne soit pas postérieur de plus de trente ans au jour du décès.

Ce délai est venu encadrer les contrats d'assurance-vie afin d'uniformiser le sort des contrats d'épargne en déshérence dont les avoirs sont acquis à l'Etat au bout de trente ans, délai de prescription en matière successorale.

A titre d'exemple sur le point de départ de la prescription biennale, j'ai été saisi par le fils d'une adhérente qui avait été hospitalisée du 1er janvier au 1er février 2018. Cette dernière est décédée fin février 2018.

Les frais d'hospitalisation n'ayant pas été pris en charge au titre du tiers payant, en avril 2022 le fils de l'adhérente a reçu du Trésor Public une mise en demeure de payer de la somme de 600 euros. Le fils de l'adhérente s'est acquitté de la somme réclamée et a sollicité la mutuelle de sa défunte mère afin d'obtenir le remboursement au titre du contrat en vigueur durant son hospitalisation.

La mutuelle a refusé de rembourser car les soins étaient forclos. La mutuelle a indiqué que le délai maximum de remboursement était de vingt-quatre mois à compter de la date de soins. En l'espèce, le fils de l'adhérente n'a eu connaissance du non-paiement des frais d'hospitalisation de sa mère qu'à compter d'avril 2022, soit à la date de la réception de la mise en demeure de paiement du Trésor Public. Dès lors, le point de départ de la prescription n'était pas la date des soins comme l'a affirmé la mutuelle, mais la date à laquelle le fils de l'adhérente a eu connaissance de l'existence de la créance. Le fils de l'adhérent avait jusqu'en avril 2024 pour demander le remboursement des frais d'hospitalisation.

- DECHEANCE

Force est de constater que nombre de règlements mutualistes ou notices prévoient des délais de déclaration de sinistre au-delà desquels l'adhérent perd son droit à prestation : ils instaurent des clauses de déchéance de droit. Il en est ainsi, par exemple, d'une clause imposant un délai pour déclarer un arrêt de travail afin de percevoir une indemnité pour perte de salaire. S'il est vrai que le Code des assurances (article L.113-2 4°), prévoit qu'en cas de déclaration tardive, l'assuré s'expose à une déchéance de garantie, sous réserve qu'elle ait été stipulée dans la police et que l'assureur démontre que le retard lui a causé un préjudice, ce type de clause a surtout vocation à s'appliquer aux assurances de biens. Ainsi, il peut être préjudiciable à un assureur que l'assuré n'ait pas déclaré dans un délai fixé un dégât des eaux, celui-ci pouvant aggraver les dommages s'il perdure.

La jurisprudence de la Cour de cassation a jugé que « *la déchéance pour déclaration tardive ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a occasionné un préjudice* ». De même, dans une « Recommandation N°17-01 Contrats d'assurance complémentaire santé », la commission des clauses abusives a considéré que « *certaines clauses laissent croire que l'assuré ne dispose que d'un délai d'un an pour obtenir le remboursement des prestations ; que ces clauses ne sont pas conformes à l'article [relatif à la prescription biennale]. (...) Que, dès lors, de telles clauses sont illicites et, maintenues dans un contrat entre un professionnel et un consommateur, abusives* ».

Enfin, il convient de rappeler que l'article L.221-16 du Code de la mutualité prévoit :

« Sont nulles :

1° Toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;

2° Toutes clauses frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire à raison de simple retard apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit, pour la mutuelle ou pour l'union de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé. »

Et le 7° de l'article R.114-0-1 du Code de la mutualité indique :

« *La déchéance pour déclaration tardive ne peut être opposée au membre participant que si la mutuelle ou l'union établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. (...) Ces clauses ne sont valables que si elles figurent en caractères très apparents* ».

Ainsi donc, toute clause de déchéance pour déclaration tardive du risque est considérée comme nulle si la mutuelle ne rapporte pas la preuve que la déclaration tardive lui a causé un préjudice.

J'ai également constaté que certaines mutuelles appliquent des clauses de déchéance "partielles". Si un adhérent ne déclare pas dans le délai imparti prévu contractuellement, la mutuelle n'indemnise le sinistre qu'au jour de la déclaration de sinistre et non à compter du premier jour du sinistre. Il s'agit là d'une déchéance "partielle" qui ne peut être opposée à l'adhérent que si la mutuelle prouve un préjudice.

Dans un dossier, l'adhérent avait souscrit un contrat d'assurance emprunteur garantissant notamment l'incapacité temporaire totale. Depuis le 15 novembre 2021, l'adhérent avait été placé en arrêt de travail pour cause de dépression. Le 3 mars 2023, l'adhérent a déclaré son sinistre auprès de la mutuelle afin d'obtenir une indemnisation. La mutuelle a consenti à prendre en charge le sinistre mais uniquement à compter de la déclaration de celui-ci et non à compter de la date du sinistre. En effet, la mutuelle a considéré que l'adhérent n'avait pas déclaré dans le délai prévu contractuellement, soit neuf mois à compter de l'arrêt de travail. Les dispositions contractuelles prévoyaient que l'adhérent devait déclarer son sinistre dans un délai maximum de neuf mois, faute de quoi la prise en charge débiterait à la date de la déclaration de sinistre.

En l'espèce, la mutuelle affirmait qu'il ne s'agissait pas d'une clause de déchéance. J'ai considéré qu'il s'agissait d'une clause de déchéance partielle, et que celle-ci n'était pas opposable à l'adhérent en l'absence de preuve d'un préjudice subi par la mutuelle. Eu égard à la nature du contrat, collectif à adhésion facultative, l'adhérent avait un délai de cinq ans pour déclarer son sinistre auprès de la mutuelle. L'adhérent ayant respecté ce délai, il a été proposé à la mutuelle d'indemniser l'adhérent à compter du 91<sup>ème</sup> jour de son arrêt de travail.

**Je recommande donc aux mutuelles de ne pas prévoir de telles clauses de déchéance de droit dans leurs garanties, le droit à prestation étant régi par la prescription biennale, voire les prescriptions quinquennale (incapacité de travail) décennale ou trentenaire (assurance vie).**

**Ces règles de prescription sont d'ordre public.**

## LIBELLE DES GARANTIES

### 1. LIBELLE DES GARANTIES SANTE

Avant toute autre considération, il convient d'apporter une précision applicable à l'ensemble des garanties : il est impératif que tant le règlement mutualiste ou la notice d'information que le tableau de garantie mentionnent le nom de la garantie et soient datés (quand bien même le document contractuel n'aurait pas varié depuis l'année précédente).

Cette mention éviterait tout litige quant à la validité de la garantie.

Depuis plusieurs années, de nombreux dossiers font apparaître une divergence d'interprétation de la garantie du fait du manque de précision de ses clauses.

Les libellés des garanties doivent être suffisamment clairs pour permettre à l'adhérent de connaître les actes pris en charge ainsi que leur montant de remboursement.

En 2023, j'ai constaté que le manque de lisibilité de certaines garanties portait particulièrement sur le libellé des prestations d'audioprothèses et de chirurgie réfractive.

- AUDIOPROTHESE

Dans un premier cas (audioprothèses) j'ai été saisi par une adhérente ayant acquis, en décembre 2020, une prothèse auditive gauche. La mutuelle est intervenue dans la prise en charge. En janvier 2021, l'adhérente a acquis une prothèse auditive droite. La mutuelle a refusé de rembourser cette seconde prothèse car la prise en charge n'est possible que tous les quatre ans pour les contrats responsables. Or la dernière prise en charge datait d'un mois.



J'ai rappelé les dispositions de l'instruction N°DSS/SD1C/DGS/PP3/2019/130 du 4 juin 2019, « **Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment** ».

Dès lors, la mutuelle était tenue de rembourser la prothèse auditive droite de l'adhérente, et ce quand bien même la prothèse gauche avait été remboursée un mois avant.

- CHIRURGIE REFRACTIVE

Dans le second cas (chirurgie réfractive), un couple d'adhérents contestait la prise en charge par la mutuelle (pour chacun) de leur chirurgie réfractive<sup>3</sup>.

Le tableau de garantie prévoyait une ligne « *chirurgie correctrice non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil)* ». Un astérisque précisait que les implants et lentilles intraoculaires étaient assimilés à de la chirurgie correctrice au même titre que le laser. Les adhérents demandaient donc une prise en charge au titre de cette ligne de garantie.

Pour autant, la mutuelle avait segmenté la facture considérant que l'implant était pris en charge au titre de la ligne « *chirurgie correctrice* » du tableau de garantie et que les autres frais de clinique et de dépassements d'honoraires n'étaient pas concernés par ladite ligne. Pour ces derniers frais, la mutuelle appliquait la ligne du tableau concernant les honoraires lors des hospitalisations, soit aucun remboursement quand le praticien n'adhérait pas à l'OPTAM.

J'ai considéré (à défaut de précision complémentaire dans le règlement mutualiste notamment) que c'était à tort que la mutuelle avait restreint la prise en charge au titre de la ligne « *chirurgie correctrice* » aux seuls implants oculaires ou traitement laser (étant entendu que la précision de l'astérisque visait seulement à confirmer l'égalité de prise en charge des deux traitements implant/laser). La ligne devait s'entendre comme l'ensemble de l'opération de chirurgie réfractive et le tarif correspondant comme un forfait global applicable à tous les actes liés.

J'ai indiqué que, si la mutuelle pouvait tout à fait exclure de sa prise en charge certains actes de la chirurgie réfractive, elle se devait de le faire explicitement.

J'ai donc invité la mutuelle à indemniser les adhérents à hauteur du forfait (terme utilisé par la mutuelle elle-même) chirurgie correctrice.

Il est à noter que, dans le tableau de garantie de l'année suivante, la ligne « *chirurgie correctrice* » indiquait précisément que les honoraires des professionnels de santé étaient pris en charge, mais que les autres frais liés à cette intervention n'étaient pas prévus au contrat.

### 3. CARACTERE ACCIDENTEL

De nombreux contrats limitent certaines garanties à la prise en charge des événements à caractère accidentel. Il convient d'indiquer, tout d'abord, que cette condition de la garantie n'est valable qu'à la condition d'être définie dans le contrat d'assurance. Dans les dossiers qui me sont soumis, c'est généralement le cas. La question qui se pose tient plus à **la preuve du caractère accidentel**.

Il n'existe aucune définition légale de l'accident corporel ; celui-ci est généralement défini par les contrats comme « ***une lésion qui survient par suite d'une atteinte corporelle, provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré*** ». Cette définition, inspirée de celle forgée de longue date par la jurisprudence, tente de caractériser le fait accidentel en mettant l'accent sur sa soudaineté et son extranéité par rapport à la victime. La qualification d'accident corporel suppose ainsi de répondre à cinq critères :

<sup>3</sup> La chirurgie réfractive permet de corriger l'origine des troubles visuels, en intervenant sur l'œil lui-même. Elle consiste à modifier la cornée (corrections au laser) et/ou à implanter des lentilles artificielles (chirurgie des implants).

1. Présence d'une atteinte corporelle,
2. Que l'atteinte corporelle ait une cause extérieure,
3. Que cette atteinte provienne d'une action soudaine et violente,
4. Qu'un lien de causalité soit établi entre le fait extérieur et la lésion,
5. Que l'atteinte soit indépendante de la volonté de l'assuré.

En matière de condition de garantie accident, il revient à l'assuré (ou ses bénéficiaires) de prouver le caractère accidentel. En cas d'exclusion, la preuve appartient à l'assureur puisque celui-ci cherche à se désengager.

Dans les affaires soumises à ma médiation, le litige porte essentiellement sur la preuve de la cause extérieure ou celle du lien de causalité entre l'évènement (souvent une chute) et l'hospitalisation ou le décès.

Dans une affaire qui m'a été soumise, le requérant contestait le refus de la mutuelle (suivant l'avis de son médecin conseil) de lui verser les prestations prévues par les garanties accident / décès accidentel et accident hospitalisation auxquelles sa défunte épouse avait souscrit. En l'espèce, l'adhérente avait été hospitalisée à la suite d'une chute à son domicile, puis avait été autorisée à rejoindre son domicile le jour même. Le lendemain, l'adhérente avait de nouveau chuté dans les escaliers : elle présentait un traumatisme crânien avec plaie. A l'arrivée des pompiers, elle avait fait un arrêt cardio respiratoire ; A l'arrivée à l'hôpital, il avait été constaté une absence de motricité spontanée et un œdème cérébral avec hémorragie. L'adhérente est décédée deux jours plus tard, après que l'équipe médicale a eu constaté l'état neurologique irréversible de la patiente.

La mutuelle reconnaissait la cause extérieure mais elle estimait que le lien de causalité entre le décès et la chute initiale de l'adhérente n'était pas établi. En l'absence de définition légale, je me réfère à la jurisprudence applicable en la matière qui se rapproche au plus près des cas qui me sont posés, ainsi qu'aux pièces médicales et administratives (police, gendarmerie) qui sont versées au dossier. En l'espèce, j'ai pu constater notamment que le médecin qui avait rempli le certificat médical de décès indiquait clairement, d'une part, que la cause du décès était un accident et, d'autre part, la nature de l'accident, à savoir une « *chute avec traumatisme crânien et hématome sous dural* ». Au regard de l'ensemble des éléments constatés médicalement, j'ai conclu que le lien de causalité entre la chute et le décès de l'adhérente était établi et déduit que la chute de l'adhérente présentait bien un caractère accidentel. J'ai donc invité la mutuelle à verser les prestations.

Parfois, les adhérents ou leurs bénéficiaires sont confrontés à la **carence des documents médicaux et officiels** permettant de décrire les circonstances du décès.

Dans une affaire similaire à la précédente (chute à domicile, hospitalisation pour fracture, transfert en EHPAD suivi du décès), les requérants contestaient le refus de la mutuelle de reconnaître le caractère accidentel du décès, mais également les demandes conséquentes de pièces justificatives précises, pièces qui de surcroît ne sont pas mises à disposition de la famille. Le médecin conseil de la mutuelle objectait que le décès de l'adhérente était lié à l'état de santé précaire et à l'altération de son état général, et non à sa fracture, et que le lien entre le décès et la chute n'était pas démontré de manière certaine et exclusive. La mutuelle avançait que le certificat médical versé par la famille ne permettait pas de déterminer le lien causal entre l'accident et le décès, alors que le médecin hospitalier indiquait que l'adhérente avait présenté dans les suites de sa chute une perte d'autonomie qui avait pu contribuer à une altération de son état général, suivie de son décès. J'ai conclu que le lien entre la chute et le décès était établi. J'ai également rappelé à la mutuelle que la jurisprudence pose que la preuve

du caractère accidentel d'un décès peut se rapporter par tous moyens et qu'il « *ne peut être fait grief aux bénéficiaires de la garantie, de l'absence d'ouverture d'une enquête destinée à déterminer les causes de la mort, car ils n'en étaient pas maîtres* ». Autrement dit, les bénéficiaires de capitaux décès par accident ne doivent pas être pénalisés, quand la preuve devient impossible du fait des carences des autorités compétentes pour la leur délivrer.

## RESILIATION

### 1. RESILIATION INFRA ANNUELLE

J'ai eu, en 2023, à instruire des dossiers de résiliation infra-annuelle ; outre le périmètre et les modalités de la résiliation infra-annuelle, la question se pose en cas de changement de niveau de garantie ; des cas se sont, par ailleurs, posés concernant la responsabilité de l'organisme prenant.

- CHAMP DE LA RESILIATION INFRA ANNUELLE

Le champ d'application de la résiliation infra-annuelle est défini par le I de l'article R. 221-5 du Code de la mutualité.

Il s'agit, selon ce texte, des « *règlements ou contrats d'assurance tacitement reconductibles couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, comportant des garanties pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ne comportant aucune autre garantie, à l'exception, le cas échéant, des garanties couvrant les risques de perte d'autonomie, décès, incapacité de travail ou invalidité, ainsi que des garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation.* »

Les garanties « attachées » à une couverture frais de santé et entrant dans le champ de la RIA sont limitativement listées par l'article R. 221-5 du Code de la mutualité.

Il est recommandé d'analyser au préalable la nature et la composition des différentes couvertures proposées pour pouvoir être en mesure de déterminer si ces dernières entrent ou non dans le champ de la RIA.

J'ai été saisi par une adhérente qui avait souscrit à un contrat frais de santé "Santé +" avec une garantie prévoyance en inclusion. A la suite de la réception du certificat annuel de garanties datant de novembre 2022, en janvier 2023, l'adhérente a adressé un courrier de résiliation à la mutuelle avec une prise d'effet immédiate. La mutuelle a indiqué à l'adhérente que, ne bénéficiant plus des garanties santé de son contrat, elle ne pouvait en solliciter la RIA. Le certificat annuel de garanties de novembre 2022 indiquait : « *Maintien des Indemnités pour Perte de Traitement et Salaire (IPTs), avec suspension des droits aux prestations santé pour vous et vos ayants droits* ». J'ai considéré que la garantie « Santé + » est un contrat frais de santé par nature. La garantie IPTs était rattachée à la garantie « Santé + ». Dès lors nonobstant la suspension de ses droits, l'adhérente était bénéficiaire tout de même d'un contrat frais de santé. Quant à la garantie prévoyance (IPTs), celle-ci était en inclusion ; le contrat était donc éligible à la RIA.

En sens inverse, j'ai été amené à me prononcer en faveur de la mutuelle pour une adhérente qui avait demandé la résiliation de son contrat qui était une garantie « *maintien d'adhésion* ». Il a été considéré que le contrat n'était pas éligible à la RIA.

- **CONDITIONS DE RIA**

Les conditions d'application de la RIA sont définies à l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité. Un adhérent ou la personne morale souscriptrice peut résilier son contrat au titre de la RIA sous deux conditions cumulatives :

- L'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription ;
- La demande de résiliation doit être notifiée à l'organisme assureur et ne prend effet qu'un mois après la réception de cette notification par la mutuelle.

La prise d'effet de la RIA est donc corrélée à la notification de la mutuelle car en son absence, l'organisme n'a pas connaissance de la volonté de l'adhérent de résilier son contrat et il ne peut pas déterminer de date de résiliation. Il convient de noter que cette notification peut se faire sur tout support que ce soit un mail, un courrier simple ou une lettre recommandée avec accusé de réception. Toutefois, il arrive parfois qu'un litige naisse en raison de la non-réception de cette notification par la mutuelle. Dans ce cas, se pose la question de la preuve de l'envoi de la demande.

J'ai rencontré ce sujet lors de l'instruction d'un dossier dans lequel l'adhérent avait fait une demande de RIA par lettre recommandée avec accusé de réception le 15 avril 2021. N'ayant aucun retour, il a réitéré sa demande le 9 décembre 2021. Il s'est avéré que la mutuelle n'avait jamais reçu le premier courrier ; ainsi donc, en l'absence de la demande initiale, elle a retenu la date du second courrier comme date de notification. Cette décision ayant des conséquences sur la date de résiliation effective du contrat, elle a été contestée par l'adhérent. Le problème qui se posait était que l'adhérent avait réalisé une demande de RIA en bonne et due forme étant donné qu'il avait sollicité la résiliation de son contrat par écrit, plus d'un an après la prise d'effet de ce dernier mais la seconde condition de la RIA ne semblait pas remplie, à savoir la notification à la mutuelle. Compte tenu de l'objet du litige, je me suis prononcé en faveur de la mutuelle qui était en droit de retenir la date du seul courrier en sa possession et de réclamer la preuve d'envoi du premier courrier pour pouvoir modifier la date de résiliation du contrat. En effet, une lettre rédigée ne suffit pas à prouver que cet échange a bien été transmis et donc que la notification a bien été effectuée.

- **RIA POUR ADHESION A UN CONTRAT COLLECTIF**

Par ailleurs, j'ai constaté que la procédure de RIA était régulièrement demandée par les adhérents en cas de difficulté rencontrée pour obtenir la résiliation de leur contrat individuel à la suite de leur adhésion à un contrat collectif obligatoire. Je tiens à rappeler que la RIA est une procédure de résiliation encadrée qui répond à des conditions ainsi qu'à un champ d'application particulier. Toutes les situations ne permettent pas d'en bénéficier.

Il est opportun de rappeler que, même si une mutuelle d'entreprise est obligatoire, il existe des cas de dispense d'adhésion prévus aux articles L.911-7, R.242-1-6 et D.911-2 du Code de la sécurité sociale. Il découle de ces textes qu'une personne disposant d'une complémentaire santé individuelle peut demander à être dispensée d'adhérer au régime de frais de santé mis en place par son entreprise. Le but est de permettre aux nouveaux adhérents d'un contrat collectif obligatoire de retarder leur adhésion afin d'éviter le cumul de contrats via une dispense qui va jouer jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Néanmoins, cette demande de dispense doit être réalisée au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective conformément à l'article D.911-5 du Code de la sécurité sociale.

Dans un litige dont j'ai été saisi, l'adhérente a souscrit un contrat santé individuel avec une prise d'effet au 1er février 2021. Le 2 septembre 2021, elle a informé la mutuelle de la mise en place de sa complémentaire santé obligatoire d'entreprise depuis le 1er juillet 2021 et demandé le bénéfice de la RIA avec effet immédiat ce qui a été refusé par la mutuelle. Le problème portait sur la date de prise d'effet de la résiliation.

En l'espèce, la demande de résiliation a été faite, certes par écrit, mais avant l'expiration du délai d'un an à compter de la souscription. De ce fait, les conditions de la RIA n'étaient pas remplies par l'adhérente. Une demande de résiliation anticipée, avec effet immédiat, ne pouvant pas être présentée, j'ai rendu une proposition de solution en faveur de la mutuelle qui a fait une parfaite application de la législation en la matière.

- RESPONSABILITE DE L'ORGANISME PRENANT

Je me dois de rappeler la réglementation applicable lorsque l'adhérent mandate l'organisme auprès duquel il souhaite souscrire un nouveau contrat (organisme prenant) pour résilier son contrat en cours auprès de l'organisme cédant, et de veiller à sa bonne application lorsqu'une mutuelle est l'organisme prenant.

Aux termes de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité l'organisme prenant "*effectue **pour le compte de l'adhérent** ou du participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues au même premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure.* » Les modalités de changement d'assureur dans le cadre de la RIA sont définies aux articles R.221-5 et R .221-6 du Code de la mutualité.

Il est à noter qu'un « *guide pratique de mise en œuvre de la RIA des contrats complémentaires santé* » a été élaboré par l'ensemble des représentants des organismes complémentaires (assureurs, mutuelles, institutions de prévoyance) afin de faciliter ces démarches et procédure. L'article R.221-6 précité prévoit que la notification par le prenant au cédant "***rappelle que le nouvel organisme s'assure de la continuité de la couverture du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale souscriptrice durant l'opération de résiliation***" et que "***La nouvelle adhésion ou le nouveau contrat ne peut prendre effet avant la prise d'effet de la dénonciation de l'ancienne adhésion ou la résiliation de l'ancien contrat***". Par conséquent, s'il est vrai que l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité met à charge des deux organismes l'obligation de s'assurer de l'absence d'interruption de la couverture de l'adhérent, la conjugaison de l'ensemble des dispositions légales et réglementaires impose particulièrement cette obligation à l'organisme prenant du fait de son rôle de mandaté dans la procédure de RIA. Si l'organisme prenant doit s'assurer de la continuité de la garantie, il doit également veiller, de fait, à l'absence de doublon ; la procédure de RIA devant fonctionner comme une prise de relais. En effet, l'organisme prenant est chargé d'effectuer les formalités de résiliation pour le compte de l'adhérent et, de ce fait, d'agir au mieux de ses intérêts.

J'ai eu à connaître de ce sujet à l'occasion d'un dossier dans lequel une adhérente contestait le prélèvement de cotisations par la mutuelle au titre d'une garantie santé de l'organisme prenant. L'adhérente, disposant d'un contrat santé en cours auprès d'un courtier, avait mandaté la mutuelle (organisme prenant) pour demander la RIA auprès dudit courtier (organisme cédant). En novembre 2022, la mutuelle avait demandé une première fois la RIA auprès du courtier qui lui avait refusé au motif que le délai de 12 mois de sociétariat n'était pas respecté, la date d'effet du contrat étant au 1er janvier 2022.

Début janvier 2023, la mutuelle a réitéré sa demande de RIA pour le compte de l'intéressée : cette demande lui a été refusée par le courtier au motif que la garantie santé de sa sociétaire ne relevait pas du périmètre de la RIA, car comportant une assurance de biens en inclusion. La mutuelle, estimant qu'au contraire le contrat santé souscrit auprès du courtier relevait bien de la RIA, a mis en place l'adhésion de la requérante dès février 2023. La requérante a aussitôt contesté son adhésion et les prélèvements de cotisations afférents.



A l'examen du dossier, il s'est avéré que le contrat du courtier ne relevait effectivement pas du périmètre de la RIA, celui-ci étant une garantie santé comportant en inclusion une garantie assurant des biens de santé (bris de lunettes) et que cela était clairement mentionné sur le certificat d'adhésion. En tout état de cause, quand bien-même ce refus de RIA du courtier aurait été infondé, j'ai rappelé qu'il appartenait à la mutuelle de s'assurer de l'effectivité de la résiliation avant de mettre en place l'adhésion à son propre contrat. C'était donc à tort que la mutuelle réclamait des cotisations à la requérante qui, de fait, n'était pas son adhérente. J'ai demandé l'annulation du contrat (de l'organisme prenant) et la restitution des cotisations indûment prélevées.

- **INFORMER L'ADHERENT DE SON DROIT A LA RIA :**

L'article R.221-5 du Code de la mutualité impose à la mutuelle de mettre en œuvre la RIA, dès lors que le contrat y est éligible, quand bien même la demande de résiliation repose sur un autre motif ou n'est pas motivée.

J'ai eu à me prononcer sur un dossier dans lequel l'adhérent avait demandé la résiliation le 17 août 2022 au motif de son adhésion à la mutuelle obligatoire de son employeur à compter du 21 septembre 2022. La mutuelle avait considéré que l'adhérent n'avait pas adressé les justificatifs nécessaires (attestation de son employeur) que le 10 octobre 2022, dès lors la résiliation ne serait effective qu'à compter du 1er novembre 2022.

Or, il a été soulevé que l'adhérent pouvait bénéficier de la RIA eu égard à la nature de son contrat et de son ancienneté. Certes, l'adhérent n'avait pas motivé sa demande au titre de la RIA, mais l'article R.221-5 fait obligation à la mutuelle de résilier un contrat éligible à la RIA quand bien même ce motif de résiliation n'a pas été invoqué par l'adhérent.

## INFORMATION DES MUTUELLES VERS LA MEDIATION

### 1. **APPLICATION DES RECOMMANDATIONS**

Les propositions de médiation sont acceptées par les mutuelles à 66 %. Si l'on constate d'année en année des améliorations sur certains points (application de la réglementation des contrats responsables par exemple et lisibilité des garanties santé), il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas aisé de connaître le suivi des recommandations.

J'invite donc l'ensemble des mutuelles à m'indiquer les mesures qu'elles ont engagées afin de se conformer - au-delà des cas d'espèce - à la réglementation applicable si une préconisation est faite en ce sens.

Tel a été le cas à la suite d'une proposition que j'avais rendue en faveur d'un adhérent et dans laquelle j'invitais la mutuelle à une réécriture de sa garantie qui prenne en compte le statut de sage-femme en tant que profession médicale et qui permette une lecture claire de la prise en charge des actes effectués par une sage-femme libérale (la garantie ne prévoyant pas cette possibilité, la seule référence envisageable étant un acte médical en établissement).

La mutuelle a non seulement régularisé la situation de l'adhérent, mais elle m'a également informé du fait que *"l'apéristeur du contrat a pris en compte la solution et l'a transmise à la Direction Technique pour modification de la grille des garanties et du paramétrage de [son] outil de gestion"*.

## 2. DEMANDE D'ACCORD DU MEDIATEUR POUR FAIRE DROIT A LA DEMANDE D'UN ADHERENT

Certaines mutuelles me font part de leur intention de faire droit à la demande de l'adhérent mais demande au préalable mon accord.

Je rappelle que l'objectif de la médiation est de résoudre amiablement les différends qui existent entre les adhérents et leurs mutuelles. Aussi, dans la mesure où un organisme souhaite satisfaire un adhérent, je ne m'y oppose par principe pas, l'essentiel étant l'extinction du conflit.

Il n'est donc pas nécessaire de solliciter mon accord pour aboutir à cette résolution amiable.

## 3. INFORMER DES CONTENTIEUX ET DE LEURS RESULTATS

Les articles R.614-2 et R.614-4 du Code de la consommation imposent au médiateur de la consommation de communiquer dans son rapport annuel « s'il est connu, le pourcentage des médiations qui sont exécutées » et, tous les deux ans à la Commission d'Évaluation et de Contrôle de la Médiation de la Consommation, « une évaluation de l'efficacité de la médiation ».

Parmi les éléments permettant d'évaluer de l'efficacité de la médiation, le nombre et la nature des contentieux engagés à l'issue des médiations est un indicateur important.

C'est pourquoi, je demande à nouveau aux mutuelles de me communiquer les informations relatives aux procès intentés à la suite d'une médiation, en indiquant les juridictions saisies et en m'informant des décisions rendues.

## CONCLUSION

L'année 2023 a été, comme nous l'avons envisagé, une année de profond changement pour la médiation de la Mutualité française qui s'est principalement traduit par une augmentation des saisines et une modification dans l'examen des requêtes.

La médiation a su, dans un contexte contraint, répondre aux réclamations des adhérents avec une réelle efficacité, dans un souci constant de respect des principes fondamentaux du droit mutualiste, d'apaisement des conflits et d'évaluation de situations complexes nécessitant une décision nuancée.

Dans un environnement exigeant, je me suis attaché à ce que la mission de la médiation soit reconnue pour ce qu'elle est : un processus facilitant la résolution des litiges en toute indépendance, avec impartialité et neutralité, sans renoncer à une certaine bienveillance.

Je souhaite que la qualité du service rendu aux adhérents et aux mutuelles puisse être toujours la même, certain que c'est cette qualité, ce souci constant d'un dialogue constructif et cette volonté d'améliorer les relations entre les mutuelles et leurs adhérents qui fondent la confiance en ce dispositif profitable à tous.

**ANNEXE I**

## *CHARTRE DE LA MÉDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE*

*Préambule* : La médiation de la consommation de la Mutualité Française est régie par les dispositions générales, légales et réglementaires, figurant au titre Ier du livre VI du code de la consommation relatif à la « Médiation » et par les dispositions particulières ci-après détaillées.

La charte de la médiation de la consommation de la Mutualité Française s'applique aux groupements adhérents qui choisissent de recourir au Médiateur de la médiation de la consommation de la Mutualité Française, à leurs membres participants et leurs ayants droit.

### *ARTICLE 1er – Le Médiateur*

La médiation de la consommation de la Mutualité Française est réalisée, conformément à l'article 58 des statuts de la FNMF, par un Médiateur élu pour six ans par le Conseil d'administration.

Le Médiateur est inscrit par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) sur la liste des médiateurs notifiée à la Commission Européenne dès lors que celui-ci répond aux conditions de compétence et d'indépendance exigées par les textes.

Le Médiateur exerce sa mission en totale impartialité.

### *ARTICLE 2 – Champ d'application*

Le Médiateur a pour mission d'examiner les différends opposant un adhérent (consommateur) à sa mutuelle dans les domaines relatifs à l'exécution des contrats de complémentaire santé, de prévoyance et de retraite. Les litiges portant sur les opérations des régimes obligatoires d'assurance maladie (Sécurité sociale) ne relèvent pas de la compétence du Médiateur de la consommation.

Ne peuvent être examinés par le Médiateur :

- les litiges n'entrant pas dans son champ de compétence et, notamment, les litiges relatifs aux services de santé fournis aux patients par des professionnels de santé ainsi que, par exemple, les demandes de geste commercial, les demandes d'action sociale, les demandes d'informations et de conseils, les refus de contractualiser ;
- les litiges manifestement infondés ou abusifs ;
- les litiges pour lesquels le membre participant a introduit sa demande auprès du Médiateur plus d'un an après sa réclamation écrite auprès de sa mutuelle ;
- les litiges précédemment examinés (ou en cours d'examen) par un autre médiateur (conciliateur) ou par un tribunal, et ayant le même objet.

Charte de la médiation de la consommation de la Mutualité Française – Décembre 2023





### *ARTICLE 3 – Saisine*

L'adhérent ou son ayant droit peut saisir le Médiateur après avoir obtenu une réponse à une réclamation écrite auprès de la mutuelle, ou à défaut de réponse de la mutuelle dans un délai de deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite.

L'adhérent peut se faire représenter ou se faire assister par un avocat ou un tiers de son choix. En cas de saisine par un tiers, si celui-ci n'est pas avocat, un mandat formalisé est demandé. Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit impérativement être accompagnée d'une copie de la réclamation adressée à la mutuelle, mentionnant notamment le destinataire de la réclamation et la date d'envoi.

### *ARTICLE 4 – Adresses du Médiateur*

Le Médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ;

- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

### *ARTICLE 5 – Gratuité de la procédure*

La médiation est gratuite pour l'adhérent.

Si les parties souhaitent se faire représenter par un avocat ou se faire assister par un tiers de leur choix ou sollicitent l'avis d'un expert, les frais éventuellement engagés restent à la charge de la partie qui a souhaité être représentée ou qui a mandaté un expert aux fins de recueillir son avis. Si la demande d'expertise est conjointe, les frais seront partagés entre les parties.

### *ARTICLE 6 – Obligations des parties*

Les parties s'engagent à fournir tous les éléments d'information qui pourraient leur être demandés dans le cadre de l'instruction de leur dossier. Les mutuelles doivent adresser les pièces à l'appui de leur position ainsi qu'un récapitulatif des faits dans un délai maximum de 15 jours à compter de la notification par le Médiateur de la saisine.

La procédure de médiation est conduite dans un strict devoir de confidentialité et de respect des dispositions du Règlement général sur la protection des données.

Le Médiateur est responsable du traitement des données à caractère personnel des demandeurs. Il s'engage à en préserver la confidentialité et à ne les utiliser que dans le cadre du traitement des demandes de médiation.

### *ARTICLE 7 – Arrêt de la procédure*

Les parties peuvent à tout moment mettre fin à la procédure de médiation.



#### *ARTICLE 8 – Impartialité - Conflit d'intérêts*

Le Médiateur ne peut recevoir aucune instruction des parties.

Le Médiateur **répond aux exigences d'indépendance** validées par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC).

Le Médiateur agit en toutes circonstances de manière impartiale et se comporte de manière équitable vis-à-vis des parties. Il veille à conserver sa capacité d'écoute tout au long de la médiation.

Le Médiateur informe sans délai les parties de la survenance de toute circonstance susceptible d'affecter son indépendance, son impartialité ou de nature à créer un conflit d'intérêts ainsi que de leur droit de s'opposer à la poursuite de sa mission. Si l'une des parties refuse en conséquence de poursuivre la médiation, il est mis fin à cette médiation.

#### *ARTICLE 9 – Prescription*

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

#### *ARTICLE 10 – Délais de réponse et de traitement*

Le Médiateur accuse réception de la saisine et indique, dans un délai maximal de trois semaines au requérant si celle-ci est ou non recevable.

Si la saisine est recevable, le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois à compter de la notification de sa saisine. Il s'agit d'une proposition rendue en droit et/ou en équité. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai peut être fixé dont les parties à la médiation sont informées.

#### *ARTICLE 11 – Proposition de solution*

La proposition de solution met fin définitivement à la procédure de médiation.

Dans la lettre de notification de la proposition aux parties il est précisé que cette décision peut être différente de celle qu'aurait rendue un juge et que les parties sont libres d'accepter ou de refuser cette proposition de solution.

Elle ne prive pas les parties de leurs droits d'ester en justice si la proposition de solution ne leur convient pas et qu'elles la refusent.

A l'inverse, les parties qui acceptent la proposition ne peuvent former un quelconque recours, tant amiable que judiciaire concernant le même litige.

#### *ARTICLE 12 – Notification*

La proposition du Médiateur est notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception. Les parties doivent informer le Médiateur de leur acceptation ou de leur refus dans un délai de 3 semaines à compter de la réception de la notification.

En cas d'absence de réponse dans le délai fixé, il est considéré que la proposition du Médiateur est acceptée, avec les effets induits de cette acceptation.

Si la mutuelle refuse la proposition d'avis, elle doit en donner les raisons.

Charte de la médiation de la consommation de la Mutualité Française – Décembre 2023

**ANNEXE II**

Janvier 2023

**Mutuelles ayant opté pour la médiation de la consommation de  
la Mutualité Française**

<b>SIREN</b>	<b>RAISON SOCIALE</b>
301 862 769	MUTUELLE SMH
302 766 852	MUTUELLE DES TRANSPORTS EN COMMUN DE L'AGGLOMERATION TROYENNE
302 927 553	APICIL MUTUELLE
302 976 568	MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES
302 976 592	AVENIR MUTUELLE
302 999 115	LA FRATERNELLE MUTUELLE INTERENTREPRISES
305 007 171	MUTUELLE DES ETUDIANTS DE BRETAGNE ATLANTIQUE MAINE (SMEBA)
308 708 650	MCLR
309 104 099	LA MUTUELLE VERTE
309 244 648	MUTUELLE ENTRENOUS
310 259 221	MUTUELLE D'IVRY (LA FRATERNELLE)
313 389 157	MUTUELLE D'ENTREPRISE DES ETABLISSEMENTS DU BON SAUVEUR
314 559 451	MUTUELLE DE MARE GAILLARD
314 685 835	MUTUELLE DES HOPITAUX DE LA VIENNE
314 765 546	MUTUELLE DES CHEMINOTS DE LA REGION DE NANTES
315 062 687	MUTUELLE DES ENTREPRISES ET DES INDEPENDANTS DU COMMERCE DE L'INDUSTRIE ET DES SERVICES
315 519 231	MUTUELLE LA CHOLETAISE
319 074 779	MUTUELLE CHEMINOTS NORD
320 377 906	MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE SOCIALE
321 073 470	MUTUALITE DE LA REUNION
323 599 696	MUTUELLE DU TELEGRAMME

325 942 969	MUTUELLE DU LOGEMENT
326 313 764	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS (du GERS)
330 929 845	MUTUELLE MFTSV
331 903 757	MUTUELLE ACCIDENTS DE LA CONFEDERATION GENERALE DES ŒUVRES LAIQUES
333 212 561	MUTUELLE DE PONTOISE
339 198 939	MUTAC
339 358 681	MUTUELLE HUMANIS NATIONALE
340 359 900	INTEGRANCE
342 211 265	MUTUELLES DE LORRAINE
347 391 948	MUTUELLE DU CHU ET HOPITAUX DU PUY-DE-DOME
348 099 789	MUTUELLE PROVENCE ENTREPRISES
351 948 237	LA PROBITE
351 956 537	MUTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DE L'ANJOU
352 291 561	MUTUELLE MEUSREC
352 502 546	MUTUELLE DU VAL DE SEVRES
352 537 369	AMICALE DU PERSONNEL DE FLEURY MICHON SA
353 171 440	MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE ANTILLES-GUYANE - MIAG
379 655 541	IDENTITES MUTUELLE
379 718 653	MUTUELLE NATIONALE DES PERSONNELS AIR FRANCE (MNPAF)
382 046 464	MUTUELLE NATIONALE DU PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS MICHELIN
383 143 617	SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
384 253 605	MUTLOG GARANTIES
388 213 423	MUTUELLE GENERALE SOLIDARITE DE LA REUNION
388 887 259	MUTUELLE DES ELUS LOCAUX
390 802 619	MUTUELLE LA SECURITE ASTURIENNE
390 820 058	MUTUELLE D'ENTREPRISES SCHNEIDER ELECTRIC
390 917 953	MUTUELLE DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS DU SUD EST (MBTP SE)
390 953 222	SOCIETE MUTUALISTE INTERDEPARTEMENTALE DE BANQUE
391 036 183	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS
391 322 849	MUTUELLE DE LA DEPECHE DU MIDI
391 346 236	NUOMA MUTUELLE
391 396 397	SOCIETE DE PREVOYANCE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
391 398 351	MUTUELLE NATIONALE DES CONSTRUCTEURS ET ACCEDANTS A LA PROPRIETE
391 399 227	GARANCE
391 399 326	MUTUELLE EPC (ENTRAIDE PHOTO CINE)
391 416 591	MGDF - MUTUELLE GOODYEAR DUNLOP FRANCE

391 526 225	MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE
397 742 958	MUTUELLE DE FRANCE DES HOSPITALIERS
407 879 709	SOCIETE MUTUALISTE INTER-ENTREPRISES (SMIE)
413 423 005	MUTUELLE DE LA FRANCE MARITIME
419 049 499	ENERGIE MUTUELLE
428 990 972	MUTUELLE SANTE INDEPENDANTS
429 873 706	BANQUE POPULAIRE MUTUALITE
430 270 116	MUTUELLE DE SAINT JUNIEN ET DES ENVIRONS
431 988 021	MUTUELLE EPARGNE RETRAITE
432 162 113	MUTUELLE DES ANCIENS DES CHANTIERS DE LA ROCHELLE-PALLICE
432 683 787	MUTUELLE DE PREVOYANCE ET DE SANTE
433 087 806	MUTUELLE AVENIR SANTE
437 732 191	SOCIETE MUTUALISTE DU SALEVE
437 994 205	MUTUELLE GENERALE INTERPROFESSIONNELLE
438 804 312	MUTUELLE D'ENTRAIDE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE (MEMF)
442 449 278	MUTUELLE VAROISE DES TRAVAILLEURS DE L'ETAT
442 489 084	MG UNION
442 634 564	MUTUELLE DU PERSONNEL DE LA BANQUE POPULAIRE DU SUD
442 671 830	MUTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DES COTES D'ARMOR (MUTEC 22)
442 839 452	MUTUELLE NAT CONSTRUC ACCED PROPRIETE (MNCAP – AC)
442 882 411	MUTUELLE DES RETRAITES AGF ET ALLIANZ
442 907 127	ALLIANCE DES MUTUALISTES DU TRANSPORT ET DU SECTEUR SOCIAL - ALMUTRA
442 930 939	MUTUELLE GEODIS
442 978 086	PAVILLON PREVOYANCE
443 611 504	MUTUELLE TANIN ET PANNEAUX DE LABRUGIERE
443 679 360	MUTUELLE DU PERSONNEL DU CHU D'ANGERS
443 885 355	CYBELE SOLIDARITE
444 269 682	RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE
444 270 532	CAISSE DE SOLIDARITE DE L'ARSENAL DE TARBES
444 270 730	MUTUELLE KEOLIS RENNES
444 424 931	MUTUELLE PREVOYANCE ALSACE
483 041 307	TERRITORIA MUTUELLE
483 747 333	RADIANCE MUTUELLE
484 436 811	MNH PREVOYANCE
490 909 454	MUTARIS CAUTION
499 982 098	MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGEFI)

503 380 081	MUTUELLE UNEO
508 400 629	MFPRECAUTION
529 168 007	KLESIA MUT'
775 558 778	MUTUELLE ENTRAIN
775 559 651	MUTUELLE D'ENTREPRISE DU PERSONNEL DE LA SOCIETE DES EAUX DE MARSEILLE
775 597 768	AMELLIS MUTUELLE
775 606 361	MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL
775 627 391	AESIO MUTUELLE
775 641 681	MUTEST
775 657 125	SOCIETE MUTUALISTE CHIRURGICALE ET COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
775 657 521	MUTUELLE DU MINISTERE DE LA JUSTICE (MMJ)
775 659 907	MUTUELLE MIEUX-ETRE
775 659 923	UMEN
775 666 332	MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES
775 671 894	MGP (MUTUELLE GENERALE DE LA POLICE)
775 671 902	MUTUELLE MIP L'ENTREPRISE SANTE (MIP)
775 671 951	AVENIR SANTE MUTUELLE
775 671 969	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE RATP
775 671 993	MUTUELLE BLEUE
775 678 550	MUTUELLE GENERALE DES CHEMINOTS
775 678 584	MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT)
775 682 164	TUTELAIRE
775 685 340	LA MUTUELLE GENERALE
775 685 365	INTERIALE MUTUELLE
775 691 132	LA FRANCE MUTUALISTE
775 722 655	MUTUELLE RENAULT
776 466 963	BPCE MUTUELLE
776 525 610	MUTAME SAVOIE MONT BLANC
776 949 760	MUTUELLE NATIONALE DES SAPEURS POMPIERS DE FRANCE (MNSPF)
776 950 602	MPOSS
776 950 610	MUTAERO
776 950 677	MUTAMI
777 927 120	MUTUELLE VIASANTE
778 213 678	MUTUELLE MOS
778 588 111	MUTUELLE D'ENTREPRISE UGINE GUEUGNON & ALZ

778 847 301	SORUAL
778 868 513	LA PREVOYANCE ARTISANALE, COMMERCIALE ET SALARIALE
778 900 027	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE
779 846 849	SO'LYON MUTUELLE
779 926 294	525ÈME MUTUELLE D'ENTREPRISES
779 984 921	MUTUELLE DE L'IRSID
780 004 099	ACORIS MUTUELLES
780 349 924	AUBEANE MUTUELLE DE FRANCE
780 508 073	CCMO MUTUELLE
780 508 081	MUTUELLE DE L'OISE DES AGENTS TERRITORIAUX (MOAT)
780 915 898	MUTAME & PLUS
781 065 412	MUTUELLE DU GRAND PORT MARITIME DU HAVRE
781 166 210	MUTUELLE 403
781 848 239	MUTUELLE DE L'ENTREPRISE CITRAM
782 416 127	MUTUELLE DE FRANCE ALPES DU SUD
782 814 727	MUTUELLE MARSEILLE METROPOLE MUTAME PROVENCE (MUTAME)
782 825 343	MUTUELLE DE FRANCE DU LACYDON
782 825 368	MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS
783 005 655	MUTUELLE DE LA CORSE
783 303 209	MUTUELLES DU PAYS HAUT
783 332 448	MUTUELLE GENERALE DES ETUDIANTS DE L'EST
783 376 270	GROUPE DES MUTUELLES INDEPENDANTES
783 747 793	CHORALIS - MUTUELLE LE LIBRE CHOIX
784 117 525	MUTUELLE DES AUTEURS ET COMPOSITEURS DRAMATIQUES
784 227 894	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE DE LA VILLE DE PARIS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DES ADMINISTRATIONS ANNEXES - MCV PAP
784 275 885	MUTUELLE INTERGROUPES D'ENTRAIDE
784 301 434	CDC MUTUELLE
784 301 475	MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
784 338 600	SOCIETE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA SNECMA
784 338 618	MCEN – MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYES DE NOTAIRE
784 360 661	MUTUELLE DU MONDE COMBATTANT
784 394 363	COMPLEMENTAIRE ASSURANCE MALADIE INTERDEPARTEMENTALE ET FAMILIALE (CPAMIF)
784 394 413	MUTUELLE FAMILIALE DES CHEMINOTS DE FRANCE
784 410 771	SOCIETE MUTUALISTE DES AUTEURS COMPOSITEURS ET EDITEURS DE MUSIQUE
784 410 805	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE SOCIETE GENERALE



784 442 899	MUTUELLE NATIONALE DES FONCTIONNAIRES DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
784 442 915	MUTUELLE FAMILIALE
784 451 569	MUTUELLE INTERGROUPES POLIET ET CIMENT FRANCAIS
784 492 084	FRANCE MUTUELLE
784 608 754	MUTUELLE MMH
784 647 323	LAMIE MUTUELLE
784 669 954	SOCIETE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
784 718 207	UNION NATIONALE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE (UNMI)
784 718 256	MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS
784 718 397	MUTUELLE VALEO
785 151 689	MUTUELLE LES MENAGES PREVOYANTS (LMP)
785 280 884	MUTUELLE DES INDUSTRIES AERONAUTIQUES SPATIALES ET CONNEXES
788 108 546	MUTUELLE DES SCOP ET DES SCIC (MUCS)