

MÉDIATION DE LA
CONSOMMATION
MUTUALITÉ FRANÇAISE

Rapport d'activité 2017



PREAMBULE

L'année 2017 a confirmé l'essor de la Médiation de la consommation de la Mutualité Française avec un nombre de saisine en augmentation de 20% par rapport à celui de 2016.

Cet accroissement de l'activité, conjugué à des mouvements d'effectifs et à la désignation d'un nouveau médiateur, n'a pas permis de réaliser les objectifs fixés l'année dernière, à savoir réduire les délais de réponse aux saisines.

En effet, l'année 2017 a été marquée par le changement du Médiateur de la Mutualité française. Le mandat de Michel LENORMAND a pris fin en juin 2017. J'ai été nommé par le Bureau du 27 avril 2017 (auquel le Conseil d'Administration avait donné mandat pour procéder à cette nomination) à effet du 25 juin 2017 puis désigné par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation le 18 septembre 2017.

Ce changement de Médiateur avait été anticipé mais il n'en demeure pas moins que la période de transition entre le mandat de mon prédécesseur et ma prise de fonction a engendré un retard dans le traitement des dossiers – et, surtout, dans la signature et la notification des avis.

L'année 2017 a également vu le nombre de mutuelles continuer à diminuer quand celui de celles choisissant la médiation de la consommation de la Mutualité Française augmentait. Il en est résulté une augmentation des saisines et une multiplication des interlocuteurs au sein des mutuelles, correspondants qu'il a fallu familiariser avec la procédure d'instruction des dossiers.

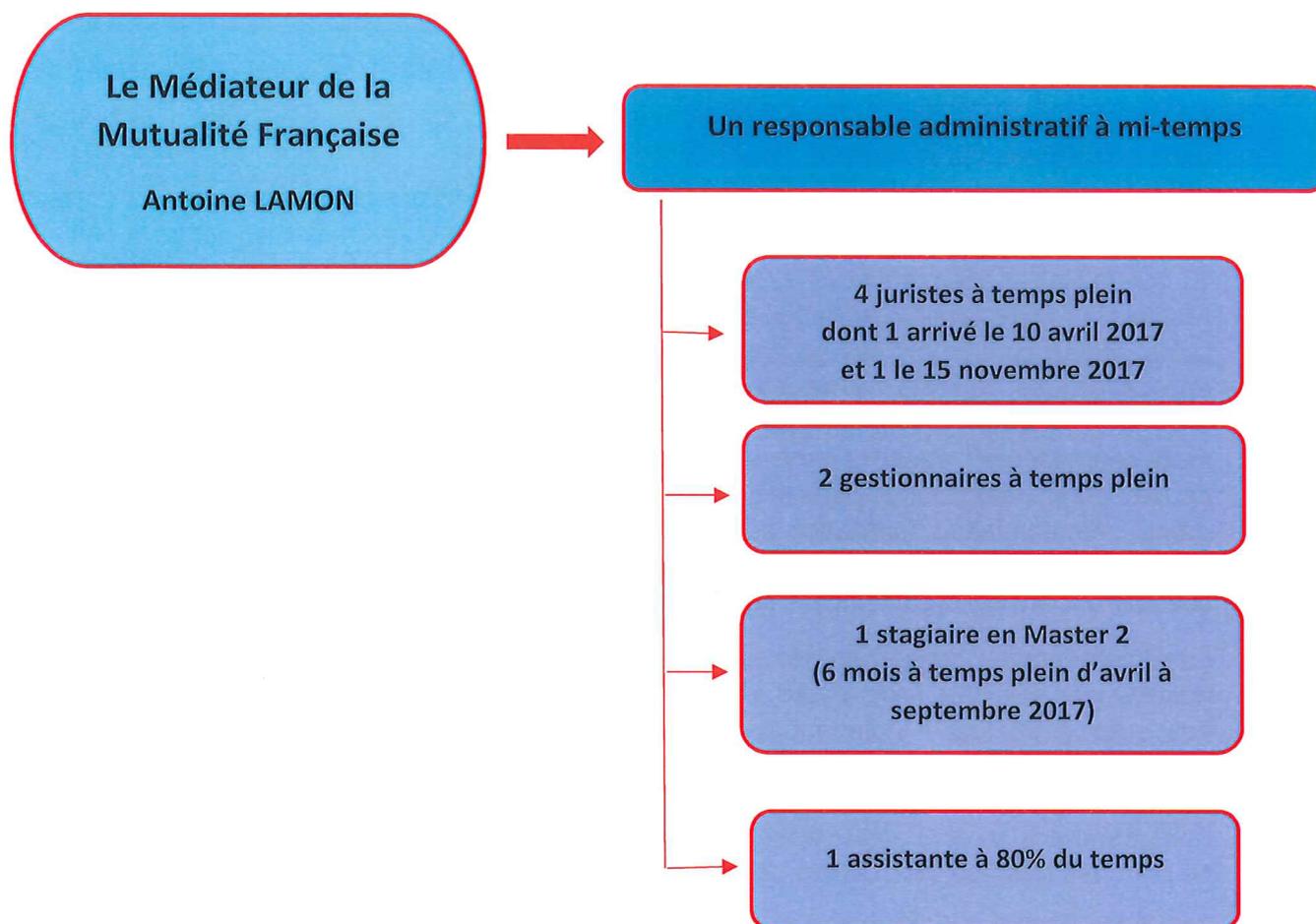
Enfin, comme le rapport le relève, des facteurs exogènes ont compliqué le travail des mutuelles et de la Médiation : les évolutions législatives importantes (contrats responsables et tiers-payant, décret d'application de la loi Evin¹) et la multiplication des délégations de gestion ont rendu les dossiers plus complexes et les motifs de contestations plus nombreux.

L'année 2018, avec l'obligation de mise en conformité des garanties avec la nouvelle convention médicale, l'entrée en vigueur de la directive sur la distribution d'assurance et du règlement sur la protection des données ainsi que la préparation du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, contraindra les organismes mutualistes à une constante adaptation de leur gestion aux nouvelles exigences réglementaires.

Parallèlement, la Médiation de la consommation de la Mutualité Française aura pour objectif de ramener le délai de réponse aux réclamations au délai légal de 90 jours, tout en maintenant la qualité de traitement des dossiers qui constitue le fondement même de sa mission.

¹ Décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques

L'équipe qui m'est rattachée était composée en 2017 ainsi :



Ce sont au total trois postes supplémentaires qui ont été créés, deux postes de juristes et un poste de gestionnaire. Ces nouveaux collaborateurs ont rejoint l'équipe respectivement en avril, novembre et mars 2017.

L'équipe de la médiation a donc été renforcée mais c'est au cours du second trimestre, que l'augmentation des effectifs a été notable.

Compte tenu du temps nécessaire à la formation des nouveaux collaborateurs, le résultat de cet accroissement des moyens devrait produire ses effets de façon plus sensible au cours de l'exercice 2018.

Pour autant, le renforcement de l'équipe a permis de modifier l'organisation de l'activité afin de la rendre plus efficiente.

Concernant les outils informatiques, ceux-ci n'ont pas évolué comme prévu ; un projet d'amélioration du site du Médiateur et des moyens de saisine est en cours d'élaboration et devrait prendre corps en 2018 également.

I – L'ACTIVITE DE LA MEDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITE FRANCAISE EN 2017

A – LE CONTEXTE

La plupart des mutuelles du Livre 2 adhérentes à la FNMF² ont choisi de confier la gestion de leurs différends au Médiateur de la Mutualité Française ; c'est ainsi le choix de 183 groupements, soit près de 10% de plus qu'en 2016. Parallèlement, l'effectif des mutuelles a fléchi de 10%.

Si, comme les années précédentes, les requêtes soumises au médiateur portent sur des sujets récurrents (contestation d'affiliation et demande de radiation, demande de remboursement de soins, litiges concernant les garanties des contrats, montant et paiement des cotisations, application des contrats de retraite et de prévoyance, aide à la complémentaire santé et couverture maladie universelle, conflits concernant l'assurance emprunteur), le recours au médiateur apparaît aussi comme un déversoir pour les adhérents parfois excédés de ne pouvoir obtenir satisfaction dans la gestion administrative de leur contrat (obtenir une carte de droits, une attestation d'affiliation ou de radiation, accéder à un espace personnel sur le site intranet de la mutuelle, mettre en place une télétransmission effective entre la caisse de sécurité sociale et l'organisme de complémentaire santé...).

La réglementation concernant les contrats collectifs obligatoires a également fait l'objet de nombreuses saisines. A cet égard, comme en 2016, on peut regretter l'information défailante des employeurs qui n'indiquent pas à leurs salariés notamment la dispense d'adhésion permettant à l'adhérent à un contrat complémentaire santé individuel de ne rejoindre le contrat collectif obligatoire de son entreprise qu'à l'échéance de ce contrat individuel, ce qui provoque l'incompréhension et le mécontentement de l'adhérent et une saisine inutile du médiateur qui ne peut dès lors que faire œuvre pédagogique.

D'autres requêtes ont porté sur des sujets ne relevant pas de la compétence du médiateur : gestion du régime obligatoire, qualité de soins médicaux, demande de « gestes commerciaux », demande d'information sur le fonctionnement des contrats, ou, tout simplement, sur la procédure de médiation.

B – LES DOSSIERS TRAITES

Le service médiation a reçu 3821 demandes, soit près de 20% de plus qu'en 2016³.

Il convient de noter que le service a également répondu à 755 appels téléphoniques concernant la médiation.

² Les mutuelles du Livre 2 adhérentes à la FNMF étaient 342 au 01.01.2017 et 310 au 01.01.2018.

³ Si l'on ajoute 871 demandes en instance, le nombre des saisines reçues ou traitées en 2017 s'élève à 4692, soit plus de 46% d'augmentation.

3364 demandes n'ont pas fait l'objet d'instruction de médiation, soit plus de 23% de plus que l'année précédente.

Sur ces saisines,

- 2508 requêtes reçues via la boîte « médiation » ne relevaient pas de la médiation, la plupart concernant des réclamations annexes, des problèmes de gestion administrative ou même de simples « billets d'humeur » à l'encontre des mutuelles.

Il est à noter que bon nombre de ces demandes concernent la télétransmission et la mise à jour des liens Noémie ; il est primordial, à cet égard, que les mutuelles suppriment la connexion avec l'assurance maladie dès la radiation des adhérents car trop de réclamations portent sur l'impossibilité pour un nouvel organisme complémentaire de se connecter en raison du maintien du lien avec l'ancienne mutuelle.

- 856 demandes ont fait l'objet d'un classement après une réponse adaptée à la personne qui avait sollicité le médiateur :

- 33 demandes émanaient d'adhérents de mutuelles dont le choix de médiation était celui d'une médiation interne ; le service du médiateur a, dans ce cas, renvoyé les demandeurs vers leurs mutuelles.
- 23 saisines mettaient en cause des mutuelles non adhérentes à la FNMF.
- 127 réclamations touchaient la médiation de l'assurance (68) ou des institutions de prévoyance (59).
- 96 dossiers ont été transmis à l'organisme mutualiste concerné, les voies de recours internes n'ayant pas été épuisées.
- 182 requêtes ne relevaient pas de la compétence du médiateur.
- 363 requêtes ne concernaient pas le médiateur (erreurs d'adressage, copies pour information, mutuelles ayant fait droit à la demande de l'adhérent...).

Sur ces 856 saisines :

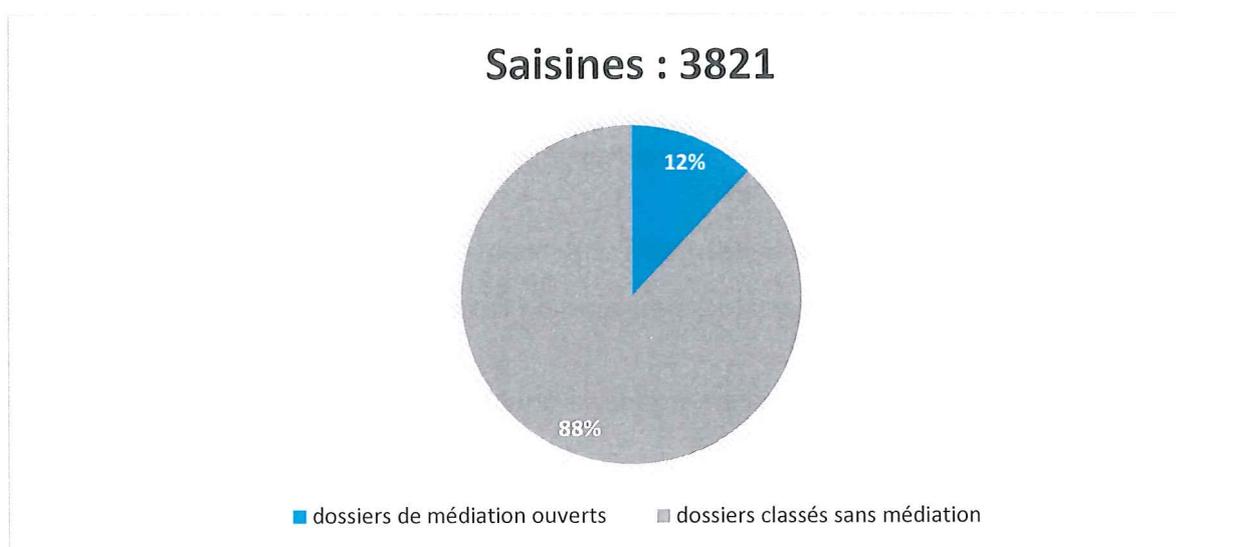
- 33 demandes tendaient à faire intercéder le médiateur pour simplement obtenir l'exécution administrative du contrat et notamment la télétransmission entre régime obligatoire et complémentaire.
- 213 saisines étaient relatives à la vie et à la gestion du contrat : conditions d'adhésion, de résiliation, délai de rétractation, demandes d'annulation du contrat, calcul, montant et modalités de paiement des cotisations, demande de délai de paiement, cotisations estimées indues, adhésion des ayants-droit, modification des garanties, méthodes de courtage et de démarchage téléphonique, bénéfice de l'aide à la complémentaire santé, réglementation concernant les contrats collectifs obligatoires et la portabilité des contrats. *83% de ces réclamations concernaient les modalités de résiliation des contrats.*
- 34 demandes visaient à obtenir des capitaux décès ou des allocations obsèques.
- 44 dossiers concernaient des garanties invalidité : rentes ou indemnités journalières.
- 215 requêtes portaient sur les prestations : remboursements de frais dentaires (soins, prothèses, orthodontie), mais également de frais d'optique, de soins délivrés à

l'étranger, de prise en charge de cures thermales, forfaits journaliers ou chambre particulière lors d'hospitalisation. Certaines contestations étaient liées au changement de législation sur les contrats responsables, notamment en ce qui concerne les dépassements d'honoraires.

- 47 saisines concernaient la gestion du régime obligatoire.

- 56 dossiers étaient sans objet (demandes de geste commercial, contestation des modalités de fonctionnement du tiers-payant, demande de carte d'assuré social...)

Au final, ce sont donc 457 dossiers qui ont été examinés par le Médiateur (3821 – 3364).

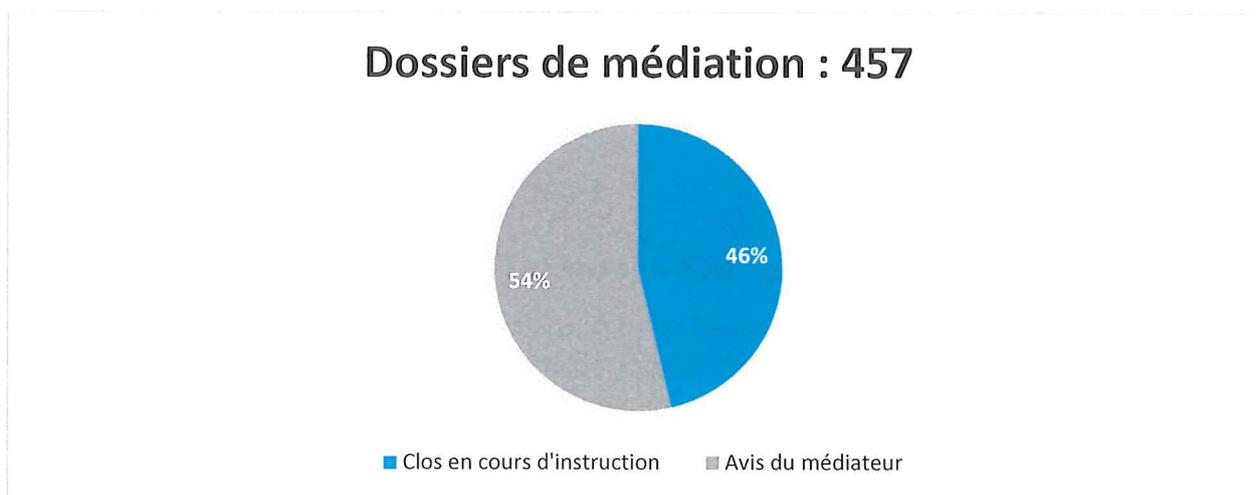


II – LES PROPOSITIONS DE MEDIATION

A – LES DOSSIERS CLOS EN COURS D'INSTRUCTION

Sur les 457 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 264 ont été clos en cours d'instruction (46%) :

- 205 parce que la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent ou lui a fait une proposition qu'il a acceptée,
- 19 parce que les voies de recours internes n'avaient pas été épuisées,
- 29 parce que le médiateur n'était pas compétent,
- 10 parce que les adhérents ont renoncé à leur demande de médiation, n'ont pas répondu à une demande de précision ou n'ont pas donné suite à une proposition de la mutuelle,
- 1 parce que l'adhérent a assigné la mutuelle devant le Tribunal de Grande Instance sans attendre l'avis du Médiateur.



Il est à noter que la proportion des dossiers clos en cours d'instruction n'a pas augmenté significativement par rapport à 2016, passant de 44% à 46%.

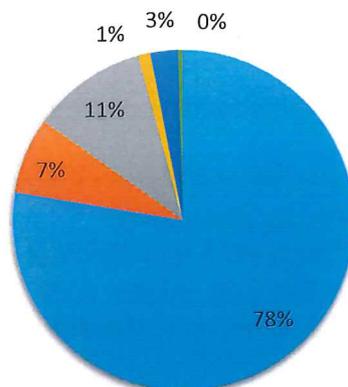
Par ailleurs, on constate que près de 78% des dossiers clos en cours d'instruction le sont car la mutuelle a, au vu de la réclamation, fait droit à la demande de l'adhérent.

Ces dossiers devraient être résolus en amont de la saisine du Médiateur par le biais du traitement interne des réclamations.

Le Médiateur invite, à cet égard, les mutuelles à mieux organiser ce traitement interne des réclamations afin de pouvoir répondre plus rapidement et plus efficacement aux demandes de leurs adhérents.

Dossiers clos en cours d'instruction : 264

- Mutuelle ayant fait droit à la demande de l'adhérent
- Voies de recours internes non épuisées
- Médiateur non compétent
- Abandon de la procédure par l'adhérent
- Pas de réponse de l'adhérent
- Engagement d'un contentieux par l'adhérent



B- LES AVIS DU MEDIATEUR

Le Médiateur a donc rendu 193 avis, chiffre en baisse par rapport à 2016.⁴

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette baisse du nombre d'avis rendus :

- le nombre croissant des saisines inadéquates qui a engendré un surcroît d'activité avant que l'instruction ne soit engagée ou menée à son terme ;
- une diminution de l'effectif en début d'exercice, avec le départ en retraite, en fin d'année 2016, d'un juriste confirmé ;
- la période transitoire entre les deux mandats des Médiateurs de la consommation de la Mutualité Française ;
- une plus grande complexité des dossiers.

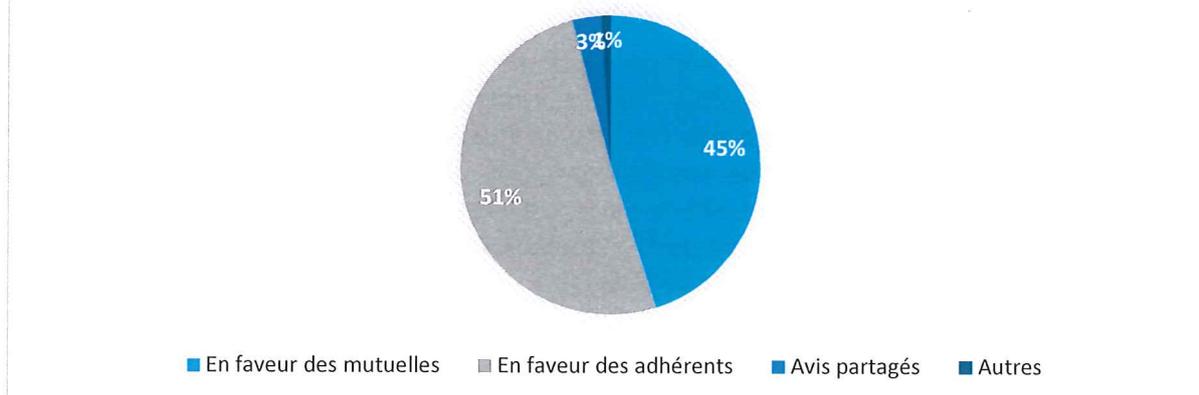
Sur ces avis, 87 ont été rendus en faveur des mutuelles, 98 en faveur des adhérents, 6 avis ont été partagés, pour 1 dossier le Médiateur a préconisé une expertise médicale, et pour 1 dossier le Médiateur n'a pu départager les parties en raison d'une question juridique non tranchée.

16 avis ont été rendus purement en équité, dont 1 en faveur d'une mutuelle. Ces 16 avis représentent 9% des décisions rendues en faveur de l'une ou l'autre des parties.

Pour 5 dossiers (soit 5% des avis rendus en faveur des adhérents), des dommages intérêts ont été alloués aux requérants en raison du préjudice subi du fait d'une erreur de la mutuelle.

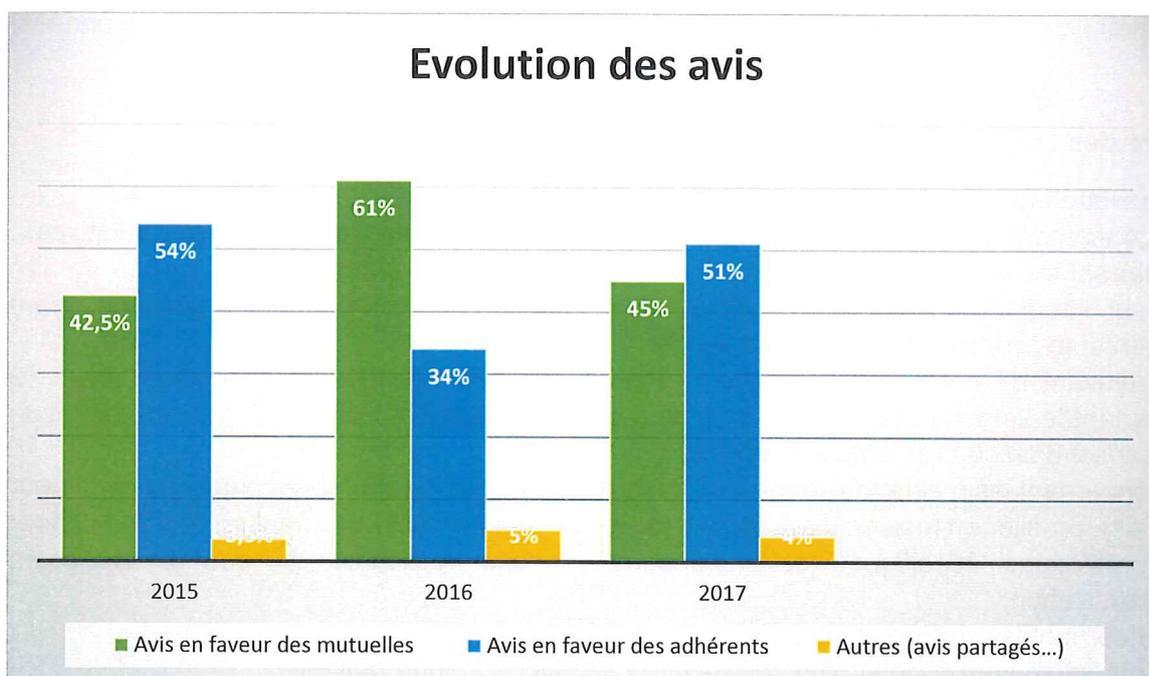
⁴ 307 avis avaient été rendus en 2016

Avis rendus : 193



La proportion des avis en faveur des mutuelles est revenue à son niveau de 2015, après une hausse en 2016.

Evolution du nombre d'avis en faveur des mutuelles



L'inversion constatée en 2016 ne s'est pas confirmée. Cette proportion d'avis en faveur des mutuelles inférieure à celle de l'année dernière est à rapprocher du nombre de dossiers clos en cours d'instruction du fait de la reconnaissance par la mutuelle du bien-fondé de la demande de l'adhérent.

On peut en déduire que la gestion des contrats par les mutuelles est moins performante qu'auparavant, ce que plusieurs éléments contextuels peuvent expliquer :

- le rapprochement des mutuelles : une période de transition est nécessaire pour mutualiser la gestion des portefeuilles fusionnés ;
- les évolutions législatives (décret d'application de la loi Evin, contrats responsables, tiers-payant et mise en conformité des garanties) ;
- la multiplication des acteurs (courtiers et délégataires de gestion).

Ce dernier phénomène a rendu l'examen de certaines requêtes particulièrement complexe. Bien souvent, il est très difficile d'identifier l'assureur des contrats distribués par les courtiers y compris sur les documents contractuels. Cet assureur peut être une compagnie d'assurance, une mutuelle ou une institution de prévoyance. Dès lors, il importe de déterminer la responsabilité de chaque intervenant afin de savoir de quel médiateur relève la réclamation du demandeur. Or cette responsabilité est parfois impossible à déterminer, le Médiateur n'ayant pas connaissance de la convention de courtage.

De même, la délégation, par certaines mutuelles, de la gestion des contrats à des plateformes a eu pour effet de rendre peu lisible pour les adhérents le circuit des documents nécessaires aux opérations découlant des contrats (demandes de prestations ou de renseignements, lettres de résiliation, paiement des cotisations, destinataires des réclamations).

Par ricochet, cette opacité a rejailli sur les travaux de l'équipe médiation qui a dû, pour ce type de dossiers, d'une part aider, en amont, les adhérents à identifier l'assureur de leur contrat – ce qui ne relève pas de ses missions – et, en aval, essayer de définir précisément la responsabilité de chaque organisme (prestataire ou mandataire) dans le différend survenu.

On ne peut que déplorer ce manque de clarté sur le rôle de chacun, qui ne contribue pas à améliorer l'image des organismes complémentaires fortement ébranlée ces dernières années.

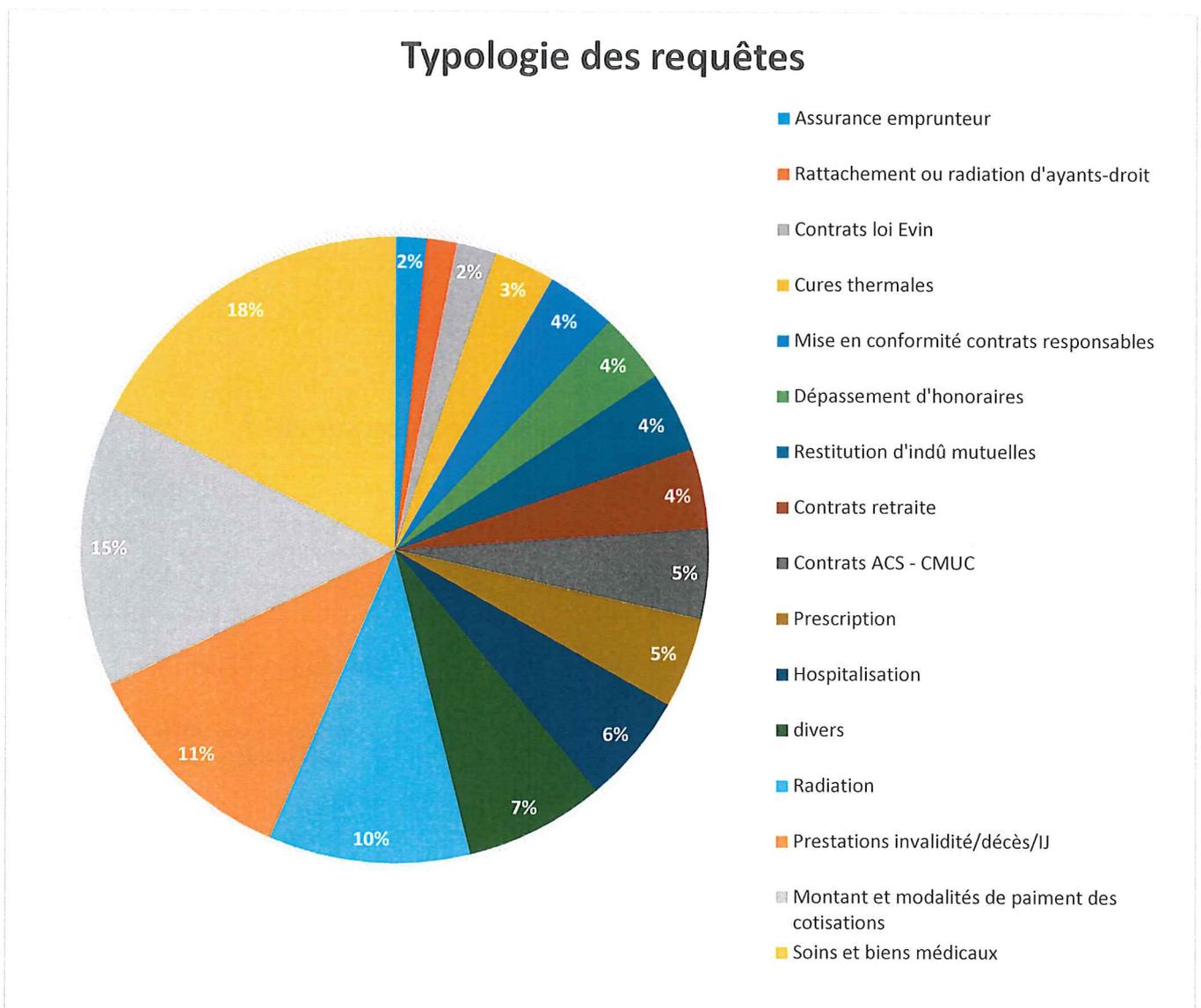
Nature des litiges

On constate une très grande diversité des litiges :

- 34 concernant les frais dentaires et les biens médicaux (optique et prothèses auditives) ;
- 20 portant sur la radiation ;
- 15 sur l'augmentation des cotisations, dont 12 concernent un même organisme ayant augmenté ses cotisations en cours d'année ;
- 14 relevant de contrats d'invalidité / décès / dépendance ou allocation obsèques : 12 concernent le versement d'une rente ou d'un capital invalidité ou décès et 2 la revalorisation d'un capital d'un contrat temporaire décès ;
- 11 concernant les prestations d'hospitalisation (dont 4 pour les chambres particulières, 2 pour le forfait journalier en maison d'accueil spécialisée, 1 pour un hébergement en EHPAD, 2 pour des prestations spécifiques et 3 concernaient une résiliation du contrat en cours d'hospitalisation) ;
- 9 concernant la prescription biennale ou quinquennale ;
- 8 sur le versement d'indemnités journalières en cas de longue maladie ;
- 8 portant sur la restitution d'indû pour les mutuelles ;
- 8 sur les contrats retraite (6 demandes de rachat, 1 versement de capital, 1 augmentation des primes) ;
- 7 sur la mise en conformité des garanties des contrats responsables ;
- 7 concernant les modalités de paiement des cotisations ;
- 7 sur la prise en charge des dépassements d'honoraires dont 2 dans le cadre d'hospitalisation ;
- 6 sur les cures thermales ;
- 6 relatifs à des trop-perçus de cotisation ;

- 6 concernant des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé ;
- 4 concernant les contrats de sortie article 4 de la loi Evin ;
- 3 relevant de l'assurance emprunteur ;
- 3 sur le rattachement ou la radiation d'ayants-droit ;
- 3 concernant des contrats pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ;
- 1 sur les modalités de contractualisation ;
- 1 sur une rente dépendance ;
- 1 sur des remboursements de pharmacie.

11 autres requêtes sont très diverses (refus d'un remboursement d'une consultation médicale pour une carte de transport, prise en charge de séances d'acupuncture, majoration d'une rente de réversion du fait de la perception de l'allocation personnalisée d'autonomie, portabilité d'un contrat d'une personne en arrêt maladie...)



Cette variété des problématiques rencontrées, illustrée par l'histogramme ci-dessus, amène le Médiateur à faire des recommandations non pas tant en fonction des litiges les plus

fréquents – si l'on excepte quelques thématiques plus souvent abordées – mais en fonction de l'importance des sujets, de la nouveauté ou de l'intérêt juridique des questions soulevées.

Délai de traitement des dossiers

Le délai moyen de notification des avis a été de 7 mois et demi, nettement supérieur à celui constaté en 2016 (3 mois et demi).

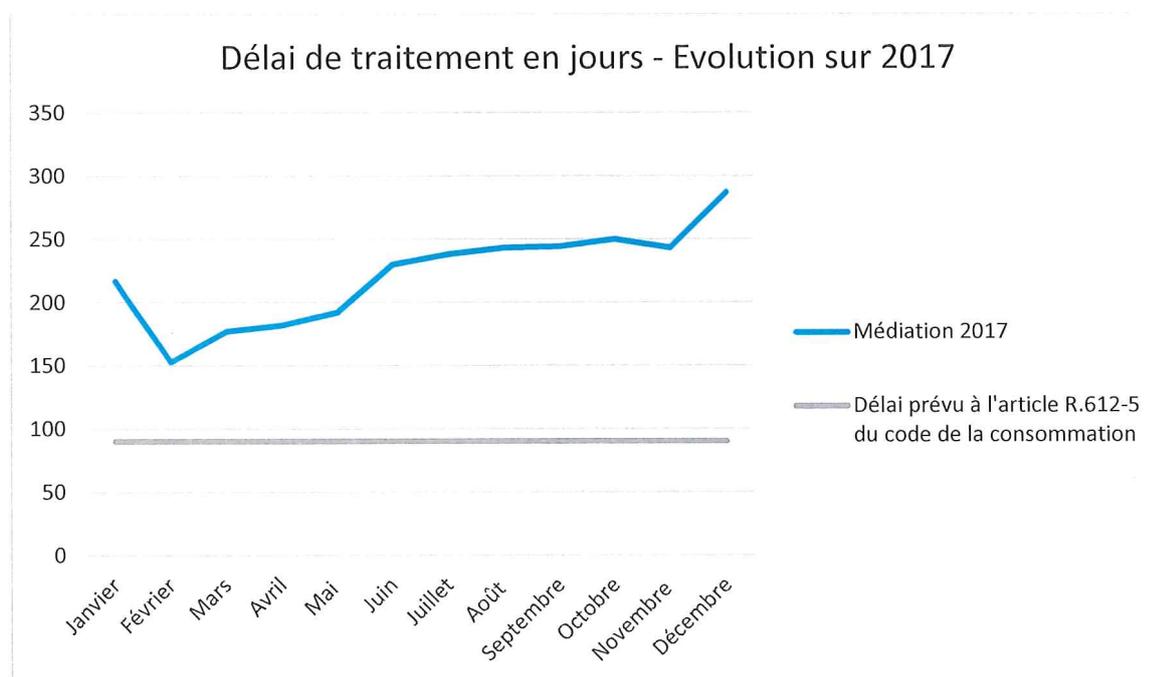
La fourchette du délai de traitement va de 17 jours à 609 jours (soit 20 mois).

Les raisons de cette augmentation du délai de réponse ont été évoquées en préambule de ce rapport.

On peut ajouter que, dans de nombreux dossiers, les délais ont été allongés – parfois excessivement – du fait de l'attente de pièces complémentaires réclamées à l'une ou l'autre des parties afin de rendre un avis le plus équitable possible.

Au regard des préconisations de la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation, il a été décidé, en 2018, de renoncer, sauf exception, à ce souci de précision et d'analyser les dossiers au vu des pièces initialement produites par les parties.

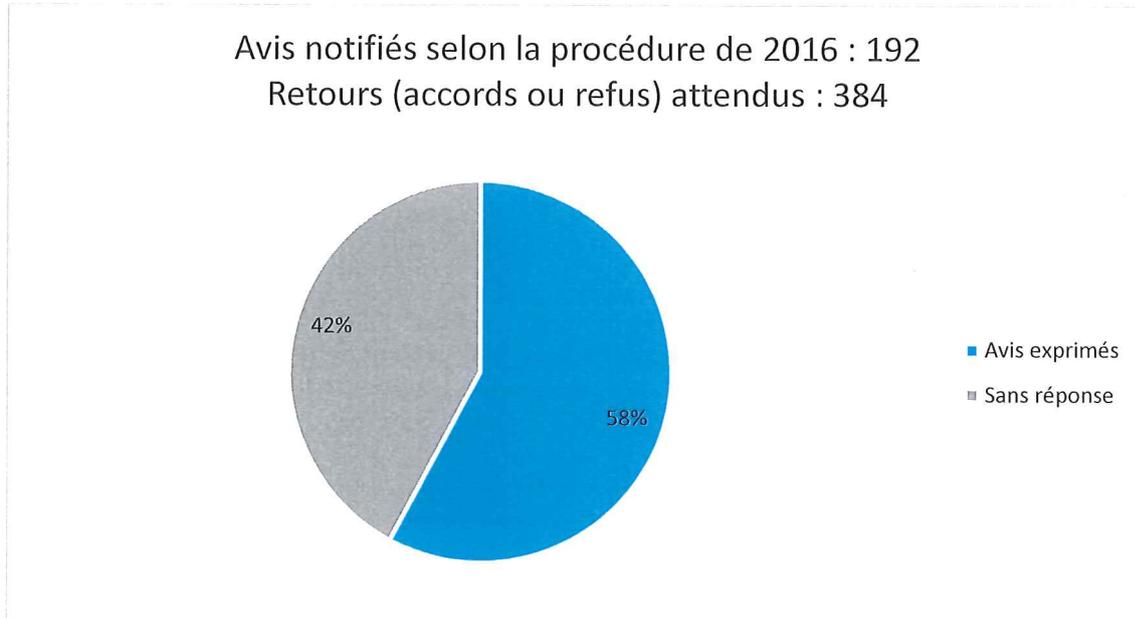
C'est pourquoi, le Médiateur incite les adhérents et les mutuelles à une grande clarté dans l'exposé de leur position et à l'exhaustivité des justificatifs fournis, sans lesquels une analyse objective et complète des litiges est difficile.



Exécution des avis

Sur 384 (192 x 2) réponses attendues (1 avis ayant été rendu selon l'ancienne procédure qui ne requérait pas d'accord ou de refus explicite) :

- 75 ont emporté l'accord de la mutuelle contre 19 refus ;
- 96 l'accord de l'adhérent contre 32 refus (dont un recours contentieux) ;
- 161 sont restés sans réponse ;
- 1 dossier a fait l'objet d'une régularisation par la mutuelle ;
- 1 dossier a fait l'objet d'un réexamen, les éléments fournis en cours d'instruction étant erronés.



En 2016, les avis exprimés étaient de 79% contre 58% en 2017 ; cette diminution des avis explicites prouve qu'il est important de mieux communiquer auprès des mutuelles sur la nécessité d'exprimer son accord ou son refus sur la proposition de médiation reçue.

Car si le taux de réponse des adhérents est resté identique à 66 %, celui des mutuelles a chuté de 64 % à 49 %.

Moins de la moitié des mutuelles répond au Médiateur, ce qui est préoccupant.

Le Médiateur a mis en place, dans son règlement, un délai de réponse de 15 jours, au-delà duquel l'absence de réponse sera considérée comme un accord tacite.

Extrait du règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française

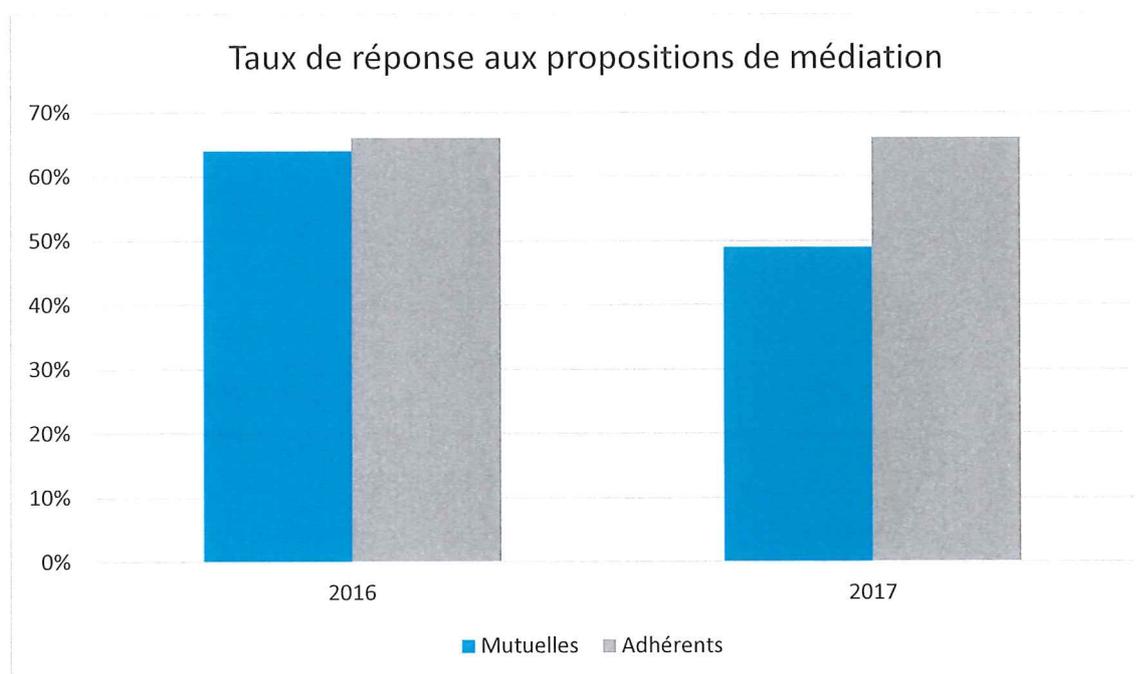
ARTICLE 12 :

La proposition du médiateur sera notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception. Les parties devront informer le médiateur de leur acceptation ou de leur refus dans un délai de 15 jours. La procédure de médiation sera clôturée dès l'acceptation de la solution proposée ou de la formalisation de la persistance du désaccord. En cas d'absence de réponse dans le délai fixé, il sera considéré que la proposition du médiateur est acceptée. Si la mutuelle refuse la proposition d'avis, elle devra en donner les raisons.

Le Médiateur rappelle, à cet égard, qu'il est regrettable que l'article R.612-4 du code de la consommation ne prévoit pas réglementairement cet accord implicite en cas de défaut de réponse des parties dans le délai fixé par le Médiateur.

Cette remarque du rapport de 2016⁵ trouve sa pertinence dans la régression du taux de réponse des mutuelles qui n'estiment pas utile de donner un avis exprès.

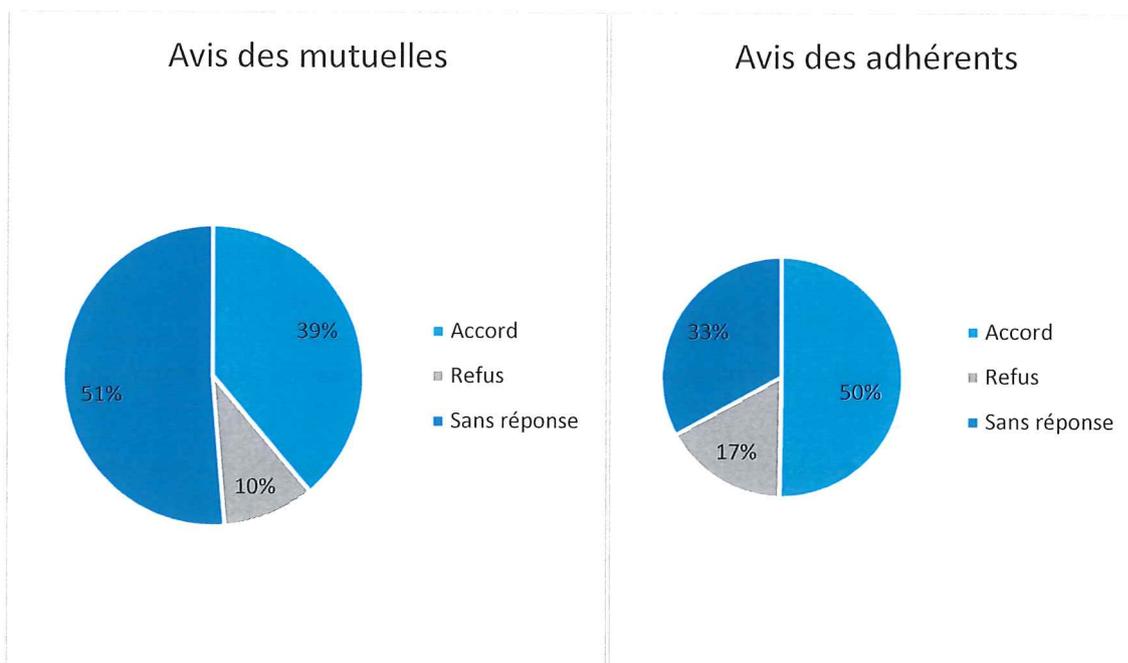
Evolution des taux de réponses aux propositions de médiation



⁵ Extrait du Rapport 2016 : « S'il n'est pas possible pour la FNMF de connaître avec exactitude le pourcentage des médiations exécutées, on peut considérer que les accords emportent engagement d'exécuter les avis.

Il reste en outre une trop forte proportion (plus d'un tiers des avis) de notification sans réponse, ce qui ne permet pas d'aboutir à des conclusions formelles.

Cette part trop importante d'absence de réponse conduit à regretter que l'article R.612-4 du code de la consommation ne prévoise pas d'accord implicite en cas de défaut de réponse des parties dans le délai fixé par le médiateur. Même si, en vertu de la liberté laissée par cet article au Médiateur de fixer lui-même les délais de réponse à ses avis, j'ai souhaité indiquer aux adhérents et aux mutuelles qu'une absence de réponse dans un délai de quinze jours valait acceptation de l'avis, la portée de cette indication serait renforcée par une disposition réglementaire. En outre, dès lors qu'il est demandé aux médiateurs de la consommation d'évaluer, dans la mesure du possible, l'exécution des avis rendus, une telle mesure permettrait d'avoir une meilleure connaissance des suites des médiations, en incitant réellement les parties à répondre aux notifications. Cette réponse est, pour ce qui concerne la Médiation de la Mutualité Française, facilitée par l'envoi d'un formulaire à retourner aux services de la FNMF, ce qui n'est guère contraignant pour l'auteur de la saisine.»



On note sans surprise que les taux d'accord et de refus se sont inversés, le pourcentage d'accord des mutuelles étant passé de 59% en 2016 à 39% en 2017 quand celui d'accord des adhérents est passé de 43% en 2016 à 50% en 2017.

Le nombre d'avis en faveur des réclamants ayant augmenté, cette tendance est naturelle.

Motifs des refus des mutuelles :

Ces motifs sont divers mais ce sont le plus souvent les avis rendus en équité en faveur des adhérents qui sont contestés par la mutuelle, laquelle estime être dans son droit. Pour d'autres litiges, la mutuelle fournit a posteriori des éléments qui auraient pu infléchir la décision du Médiateur.

En outre, sur les 19 refus recensés, 12 concernent une seule mutuelle pour un même type de litige.

Les adhérents n'ont pas à motiver leur refus ; néanmoins, ceux-ci sont généralement fondés sur les mêmes arguments que les contestations initiales. On peut noter que 17% des avis en faveur des mutuelles ont été acceptés par les adhérents, ce qui laisse à penser que la solution proposée par le Médiateur leur a permis de comprendre le bien-fondé de la position de la mutuelle.

III – LES RECOMMANDATIONS

La nature des litiges rencontrés oblige le Médiateur à réitérer l'ensemble des recommandations figurant dans le rapport de 2016.

Sans y revenir dans le détail, en voici l'essentiel :

- Définir précisément les actes dentaires hors nomenclatures (implants, couronnes ou inlay cores sur implants...).
- Indiquer clairement si un remboursement peut être effectué simultanément pour une paire de lunettes de vision de près et une paire de lunettes de vision de loin sur prescription.

Cette recommandation doit être complétée par une incitation à déroger au principe du remboursement annuel (pour les enfants) ou bisannuel (pour les adultes) des lunettes en cas de pathologie particulière. Plusieurs dossiers ont amené le Médiateur à demander à la mutuelle de prendre en charge des équipements optiques renouvelés en-deçà du délai prévu – notamment pour les enfants – compte tenu de leur pathologie. Il n'est pas contraire à l'esprit des contrats responsables de prévoir de telles dérogations dans des cas exceptionnels.

- Prendre en compte lors de l'examen d'un devis la date prévue ou prévisible pour les actes à réaliser et anticiper un changement de garantie prochain afin d'informer l'adhérent sur les conditions réelles de prise en charge des soins envisagés.
- S'attacher à un libellé clair des garanties des contrats responsables et solidaires, notamment concernant le remboursement des dépassements d'honoraires en fonction de l'adhésion des professionnels de santé à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires.
- Respecter le droit mutualiste en matière d'annualité des cotisations et des garanties.
- Donner une définition précise dans les garanties de « l'événement donnant naissance », du « fait générateur », afin de déterminer avec clarté le point de départ du délai de prescription.
- Prévoir des modalités de notifications des changements de garanties pouvant être prouvées tant en matière de contrats individuels que collectifs. Plusieurs avis ont été rendus en faveur des adhérents en l'absence de preuve de la notification des changements de garantie. Cette preuve doit pouvoir être apportée par les mutuelles conformément à l'article L.221-5 du code de la mutualité. **A défaut, les nouvelles garanties sont inopposables aux assurés et, en cas de contestation, force est de donner raison à l'adhérent.**

L'analyse des dossiers en 2017 amène le Médiateur à compléter ces recommandations.

1/ Sur les contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé et les contrats des bénéficiaires de la couverture maladie universelle :

Les modalités de souscription et de prolongation des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé (contrats ACS) sont mal comprises des adhérents. Les mutuelles sont invitées à faire œuvre de pédagogie active auprès de leurs adhérents qui ne perçoivent pas

clairement les subtilités des contrats responsables qui couvrent parfois moins bien que ne le voudraient les assurés.

De même, les contestations relatives aux contrats ACS portent souvent sur une mauvaise compréhension des tarifs et de la déduction de l'aide du montant de la cotisation réclamée.

Les modalités de bénéfice ou de perte du droit à la couverture maladie universelle ne sont pas toujours explicites pour les personnes concernées.

Les mutuelles doivent là aussi faire œuvre de pédagogie.

2/ Contrats Invalidité / Incapacité

Il est indispensable de définir clairement, dans le règlement mutualiste, le contrat ou le libellé des garanties, sur quelle base l'invalidité ouvrant droit aux prestations sera évaluée. Si celle-ci n'est pas la même que celle de l'assurance maladie, il convient d'indiquer selon quel barème elle sera établie en cas d'expertise médicale (barème de droit commun notamment)⁶.

En outre, les modalités de déclenchement de l'expertise doivent être mentionnées ; elles doivent être claires pour le souscripteur, notamment lorsqu'il est fait référence aux catégories d'invalidité de la sécurité sociale.

3/ Prise en charge des forfaits journaliers en établissements médico-sociaux

Le décret relatif au contenu des contrats responsables prévoit l'obligation de prendre en charge sans limitation de durée le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Ce forfait journalier a pour objet de faire participer les patients aux frais d'hébergement pour chaque journée passée dans les établissements concernés, y compris le jour de sortie, sauf si le jour de sortie correspond au jour du décès du patient.

Depuis le 1er janvier 2018, ce forfait journalier s'élève à 20 € euros. Dans le cadre d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie, son montant est fixé à 15 €.

Ce forfait n'est pas remboursé aux assurés par les régimes de base de sécurité sociale et les organismes complémentaires doivent rembourser l'intégralité de ce forfait pour que les contrats de complémentaire santé soient qualifiés de responsables.

Concernant le champ d'application, l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale prévoit qu'*«un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux »*.

L'ensemble des établissements hospitaliers et médico-sociaux est donc visé par le texte, à l'exception :

- des unités et centres de soins de longue durée (USLD),
- des établissements et des services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (EHPAD).

⁶ Ce barème dénommé « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » est utilisé pour déterminer le taux d'invalidité ou autrement appelé : Déficit Fonctionnel Permanent (DFP) ou Incapacité Permanente partielle (IPP) ou encore Atteinte à l'Intégrité Physique et/ou Psychique consécutivement à un accident.

Les litiges rencontrés concernent la prise en charge de ces forfaits en établissements médico-sociaux, et plus précisément en maisons d'accueil spécialisées (MAS) qui peuvent facturer ce forfait journalier.

Avant l'entrée en vigueur des contrats responsables, certaines mutuelles prenaient en charge ce forfait journalier, assimilé au forfait journalier hospitalier.

Le décret sur les contrats responsables précise que seul le forfait journalier des établissements hospitaliers doit être couvert obligatoirement par les garanties.

Si l'établissement est une maison d'accueil spécialisée, il n'y a pas d'obligation, ces MAS étant des structures médico-sociales médicalisées pour personnes en situation de handicap. Bien que financées par la sécurité sociale, ce ne sont pas des établissements hospitaliers.

Dès lors, les mutuelles ne sont pas tenues de prendre en charge le forfait journalier lors des hébergements en MAS.

Dans ce cas, il est impératif, plus particulièrement pour les organismes qui prenaient préalablement en charge ce forfait en le limitant dans la durée, d'indiquer explicitement l'exclusion de cette prise en charge dans les garanties. Car les familles qui avaient souscrit des contrats en tenant compte de cette prestation doivent pouvoir choisir un autre organisme si elles le souhaitent.

4/ Cures thermales

Les 6 litiges relatifs aux cures thermales concernent l'interprétation des garanties. Il y a souvent une confusion entre les frais médicaux, de transport et d'hébergement. Leur prise en charge par les complémentaires diffèrent bien évidemment suivant les contrats, cette prestation étant souvent versée sous la forme d'un forfait. Il appartient aux mutuelles d'être plus précises dans le libellé de leurs garanties afin d'éviter toute confusion et, en ce qui concerne les frais de transport, de préciser sur quel barème ceux-ci sont remboursés.

5/ Forclusion et prescription

8 avis ont concerné des dossiers dans lesquels la prescription biennale a été opposée. Parfois, une forclusion de la demande de prestations a été soulevée par la mutuelle.

Il convient de rappeler la différence entre forclusion et prescription :

- La forclusion correspond à la perte d'un droit qui n'a pas été exercé pendant un délai déterminé. Elle s'applique principalement en matière de procédure pour les délais impartis pour faire valoir ses droits en justice (délais d'appel ou de pourvoi). La forclusion ne peut être ni suspendue, ni interrompue. L'absence d'action dans le délai imparti emporte déchéance du droit.

C'est sur ce fondement que certains contrats prévoient un délai de forclusion pour la production de documents (déclarations de sinistres ou justificatifs) ; il est nécessaire de rappeler qu'une telle clause de déchéance de garantie n'est opposable qu'en cas de préjudice justifié par l'assureur (article L.221-16 du code de la mutualité).

- 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* ». Le code ne précise pas si la prescription extinctive affecte le droit réel ou la capacité à agir en justice. La prescription de droit commun est de cinq ans et est applicable à la demande en restitution d'indû.

La prescription en droit de la mutualité, pour les opérations résultant des contrats, est biennale (ou décennale, voire trentenaire, pour les contrats d'assurance-vie).
La prescription peut être interrompue ou suspendue.

Il est recommandé aux mutuelles de ne pas substituer à la prescription prévue par l'article L.221-11 du code de la mutualité la forclusion, qui n'a ni le même sens, ni la même portée juridique.

Il est également rappelé qu'en matière de restitution d'indû, selon la jurisprudence, ce n'est pas la prescription biennale prévue par le code de la mutualité qui est applicable, mais la prescription quinquennale de droit commun (article 2224 du Code civil).
Cette règle est applicable aux mutuelles mais aussi aux adhérents.

6/ Résiliation

De nombreux adhérents invoquent la loi Chatel pour obtenir la résiliation de leur contrat, en formulant leur demande postérieurement au 31 octobre.

Il est rappelé aux mutuelles que l'avis d'échéance, s'il est envoyé postérieurement au 15 octobre, doit comporter la mention du délai de résiliation de vingt jours.

Si la mutuelle entend contester une demande de résiliation tardive, elle doit pouvoir justifier de la date d'envoi de l'avis d'échéance de la cotisation annuelle.

Pour les contrats pour lesquels la loi Chatel ne s'applique pas (assurances vie ou décès et contrats groupe), il convient de le préciser aux adhérents lors du rejet de leur réclamation.

Concernant les demandes de résiliation pour adhésion à un contrat collectif obligatoire, les possibilités de dispense doivent être rappelées, ou, si le contrat prévoit des modalités différentes, il convient de le mentionner dans le règlement mutualiste.

7/ Radiation pour non-paiement des cotisations

L'article L.221-7 du code de la mutualité prévoit la possibilité, pour les mutuelles, de résilier les contrats individuels pour non-paiement des cotisations dans un délai de 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure.

La mise en demeure ne peut être adressée à l'adhérent que 10 jours après l'échéance impayée.

Le code ne fixe, en revanche, aucune obligation aux mutuelles quant à la date limite à laquelle elles peuvent radier les membres défaillants.

Il n'impose pas non plus cette radiation.

Le Médiateur a eu à connaître d'un dossier dans lequel la mutuelle avait attendu plus de 2 ans d'impayé avant de radier son assuré. Un tel délai ne fait qu'augmenter artificiellement la dette de l'adhérent, la garantie étant suspendue du fait du non-paiement de la cotisation. Il est donc conseillé aux mutuelles de mettre en place, dans la mesure du possible, des procédures permettant de prononcer la résiliation pour non-paiement des cotisations dans un délai raisonnable.

En outre, il a été constaté que les doubles des mises en demeure envoyées sont rarement produits par les mutuelles dans le cadre de l'instruction des dossiers. Un tel manque ne permet pas d'apprécier la régularité des opérations de résiliation.

Outre ces recommandations, quelques questions juridiques méritent une attention particulière.

8/ Portabilité en cas de liquidation judiciaire / Portabilité en cas d'arrêt maladie

Portabilité en cas de liquidation judiciaire

Lors du rapport d'activité de 2016, le Médiateur avait constaté que plus de 30% des litiges relatifs à la portabilité portaient sur la portabilité des droits en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise et d'impossibilité pour le liquidateur de financer cette portabilité. Les avis avaient dû être rendus en faveur des mutuelles en raison du vide juridique laissé volontairement par le législateur. Le Médiateur avait rappelé que le gouvernement devait déposer au Parlement « avant le 1er Mai 2014, un rapport sur les modalités de prise en charge du maintien des couvertures santé et prévoyance pour les salariés lorsqu'une entreprise est en liquidation judiciaire » et que la législation n'avait pas évolué sur ce point. Le vide juridique demeurait, au détriment des anciens salariés.

Cette question du maintien de la portabilité en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise a été tranchée par la Cour de cassation dans cinq avis rendus le 6 novembre 2017 (Cour de cassation, avis n° 17013 à 17017 du 6 novembre 2017).

Selon la Cour, la portabilité doit s'appliquer même si l'employeur est en liquidation judiciaire. La Cour précise toutefois que le maintien des droits implique que le contrat ou l'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur ne soit pas résilié. Dans ces conditions, le maintien des garanties, sans être exclu par principe en cas de liquidation judiciaire de l'employeur, aura vocation à s'appliquer de manière limitée.

Portabilité en cas d'arrêt maladie

Plusieurs litiges ont porté sur la portabilité en cas d'arrêt maladie au moment de la rupture du contrat de travail. L'enjeu est de savoir si la portabilité est conditionnée par :

- le fait de percevoir effectivement l'indemnisation due au titre de l'assurance chômage (interprétation restrictive généralement retenue par les mutuelles) ;
- le fait que la rupture du contrat de travail ouvre droit à l'assurance chômage (c'est ce que prévoit littéralement l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale : « en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage »). L'attestation destinée à Pole Emploi et remise par l'employeur au salarié permet de savoir si la rupture du contrat de travail ouvre droit à l'assurance chômage (hors démission, hors faute lourde).

Il est vrai que les textes ne sont pas parfaitement clairs et entraînent des confusions notamment quand l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale indique que la portabilité est applicable « pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage ».

Toutefois, le texte doit être interprété à la lumière de l'esprit législatif : par définition, le but de la portabilité est d'éviter toute coupure dans la couverture d'assurance santé. Il paraît donc insensé que la portabilité soit « suspendue » pendant un arrêt maladie (dès lors que la rupture du contrat de travail ouvre bien droit, en soi, à l'assurance chômage), alors que la période d'arrêt maladie est celle durant laquelle par définition l'adhérent a besoin d'une assurance santé afin de couvrir les frais de santé liés à sa maladie.

C'est ce qu'a confirmé la réponse du 23 mars 2010 du Ministère du Travail : « pour éviter toute rupture de prise en charge, il est également précisé que le dispositif entre en vigueur dès la cessation du contrat de travail, et non à partir du moment où le salarié est indemnisé par l'assurance chômage. Il en découle qu'un salarié en arrêt maladie pendant le préavis ou

immédiatement après la fin du contrat de travail est éligible. Il ne pourra cependant produire de document relatif à sa prise en charge par le régime d'assurance chômage qu'à l'issue de son arrêt de travail ».

Dans l'attente de précisions par les textes ou de nouvelles réponses ministérielles, le Médiateur a rendu et rendra des avis en faveur de l'application de la portabilité en cas d'arrêt maladie, sous réserve que l'adhérent ait le droit au chômage ouvert.

9/ Interprétation du tarif global Loi Evin

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques – dite loi Evin – prévoit que lorsque des salariés sont garantis collectivement à titre obligatoire, « *l'organisme maintient cette couverture au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité de travail ou d'invalidité, d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi (chômage) ou d'une pension de retraite, à des tarifs ne pouvant être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs* ».

La loi et le décret d'application ne donnent pas de définition des tarifs globaux.

Il existe deux interprétations de ces dispositions.

- Il semble possible de considérer que le calcul des cotisations des « contrats de sortie article 4 loi Evin » puisse être effectué sur la base d'une moyenne concernant l'ensemble des actifs qui adhèrent au même contrat collectif - cf. rapport d'activité pour 2006 de l'Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles, rapport annuel de la Cour de Cassation de 2008, réponse ministérielle (Question n°47770, JO 05/05/2009 ; réponse JO 01/06/2010).
- A l'inverse, on peut considérer que le tarif de sortie loi Evin doit être calculé sur la base du tarif qui était appliqué à l'ancien salarié personnellement, en tenant compte de la part salariale et de la part patronale ; cette interprétation conforte l'analyse de la loi Evin comme un maintien de garantie à titre individuel du contrat dont bénéficiait personnellement le salarié au moment de son départ de l'entreprise.

A ce jour, aucune jurisprudence n'a tranché cette question et, d'une manière générale, les conditions tarifaires du maintien individuel de la couverture dans le cadre de la loi Evin soulèvent toujours des difficultés d'interprétation.

Car le décret n°2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques n'a apporté aucune précision concernant cette notion de tarif global.

Dès lors, le Médiateur ne peut, en droit, privilégier l'une ou l'autre des interprétations. Il est suggéré, dans le cas d'une contestation par un adhérent, de faire une proposition commerciale permettant d'offrir à l'ancien salarié un contrat qui puisse lui convenir en termes de garanties et de tarifs.

En conclusion, le Médiateur rappelle l'importance de la clarté des garanties permettant une interprétation sans équivoque, certains avis étant rendus en faveur des adhérents lorsque la rédaction des garanties était imprécise ou lorsque l'information donnée à l'assuré était insuffisante.

La plupart des litiges relatifs au remboursement de soins repose sur le libellé des garanties et, plus particulièrement, sur le périmètre et la périodicité des forfaits lorsqu'il y en a (forfaits de cure thermique, de soins dentaires, d'optique...).

En matière d'information des adhérents, on rappellera que, pour les contrats collectifs, la mutuelle a pour obligation de rédiger une notice d'information, à charge pour l'employeur de la notifier à ses salariés. On peut, une nouvelle fois, recommander aux mutuelles de se doter de la preuve de la remise de la notice d'information à l'employeur (une attestation signée par celui-ci notamment) et de rappeler aux employeurs leur obligation d'informer les salariés des nouvelles garanties du contrat et mentionner ce rappel sur le justificatif de la remise de la notice d'information.

Conclusion

L'année 2017, second exercice depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 20 août 2015, aura été plus complexe que 2016.

Si l'année 2016 avait connu un tournant important avec une explosion des saisines du Médiateur (plus de 450% d'accroissement), 2017 aura été marquée par la poursuite de cette augmentation des demandes – même si le rythme en a été moindre – et la modification de l'environnement juridique de l'activité des mutuelles.

Dans ce contexte, non seulement le retard pris à la fin de l'exercice 2016 n'a pu être résorbé, mais le délai de traitement des dossiers s'est dégradé.

Le respect du délai réglementaire demeure mon souci majeur et, bien que les objectifs fixés dans le rapport de 2016 n'aient pu être atteints, des mesures ont été prises afin d'endiguer le retard pris.

L'effectif de l'équipe de la Médiation, renforcé en 2017, a été encore augmenté au début de l'année 2018, avec trois nouveaux postes de gestionnaires, et le site a été actualisé ; il devrait être enrichi au cours de l'année afin de mieux conseiller et aiguiller les adhérents.

Enfin, il sera important que les nouvelles mesures législatives – notamment l'application de la directive sur la distribution d'assurance – aient été anticipées par les mutuelles de façon à ne pas alourdir la gestion des contrats et ne pas obérer le traitement des réclamations, celui-ci conditionnant en amont l'activité de la médiation.

Sachant que tout retard est préjudiciable aux consommateurs mais aussi aux mutuelles, je m'attacherai, avec mon équipe, à parvenir à un délai de réponse aux saisines conforme au code de la consommation, sans pour autant sacrifier la rigueur de l'analyse des dossiers et la qualité des réponses apportées qui doivent rester l'objectif premier de la Médiation de la consommation.

Le Médiateur de la Mutualité Française



Antoine LAMON

Synthèse des recommandations

Rappel des recommandations du rapport de 2016

- Définir précisément les actes dentaires hors nomenclatures (implants, couronnes ou inlay cores sur implants...).
- Indiquer clairement si un remboursement peut être effectué simultanément pour une paire de lunettes de vision de près et une paire de lunettes de vision de loin sur prescription.
- Prendre en compte lors de l'examen d'un devis la date prévue ou prévisible pour les actes à réaliser et anticiper un changement de garantie prochain afin d'informer l'adhérent sur les conditions réelles de prise en charge des soins envisagés.
- S'attacher à un libellé clair des garanties des contrats responsables et solidaires, notamment concernant le remboursement des dépassements d'honoraires en fonction de l'adhésion des professionnels de santé à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires.
- Respecter le droit mutualiste en matière d'annualité des cotisations et des garanties.
- Donner une définition précise dans les garanties de « l'événement donnant naissance », du « fait générateur » afin de déterminer avec clarté le point de départ du délai de forclusion.
- Prévoir des modalités de notifications des changements de garanties pouvant être prouvées tant en matière de contrats individuels que collectifs.

Recommandations 2017

- Supprimer le lien Noémie (connexion avec l'assurance maladie) lors de la radiation des adhérents afin de ne pas empêcher la connexion de la nouvelle complémentaire.
- Mieux expliquer les modalités de souscription et de renouvellement des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé.
- Définir, dans les garanties des contrats d'invalidité, le barème et les modalités d'évaluation de l'invalidité ouvrant droit à l'indemnisation.
- Préciser si la prise en charge des forfaits journaliers en maison d'accueil spécialisée est exclue d'une garantie.
- Ne pas substituer la forclusion à la prescription dans les garanties – ne pas prévoir de clause de forclusion dans les contrats de prévoyance, cette clause étant inopérante pour de tels contrats.
- Lorsqu'une réclamation fondée sur la loi Chatel est rejetée parce que le contrat n'y est pas soumis, indiquer aux adhérents les raisons de l'inapplicabilité de la loi Chatel.
- Mettre en place une procédure permettant de résilier les contrats pour non-paiement des cotisations dans des délais raisonnables.



Règlement 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.

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

ARTICLE 1er :

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.

ARTICLE 2 :

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.

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 par des professionnels de la santé aux patients et faisant l'objet des activités des mutuelles du Livre III ;
- les litiges manifestement infondés ou abusifs (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur ou égal à 30 €).
- 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 ou par un tribunal.

ARTICLE 3 :

Le Médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle. Ces procédures internes ne peuvent prévoir plus de deux niveaux de réclamation. Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la mutuelle.



ARTICLE 4 :

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 :

La médiation est gratuite pour l'adhérent (consommateur).
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 :

La procédure de médiation est conduite dans le respect de la confidentialité. 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 devront 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 sa saisine.

ARTICLE 7 :

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

ARTICLE 8 :

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 :

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

ARTICLE 10:

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

ARTICLE 11 :

Dans la lettre de notification de la proposition aux parties il sera précisé que cette décision peut être différente de celle qu'aurait rendue un juge ; qu'elle ne prive pas les parties de leurs droits d'ester en justice si elles le souhaitent ; qu'elles sont libres de l'accepter ou de la refuser ; que l'acceptation de cette décision met un terme définitif au litige soumis au médiateur qui ne pourra plus faire l'objet d'un quelconque recours, tant amiable que judiciaire.



ARTICLE 12 :

La proposition du médiateur sera notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception. Les parties devront informer le médiateur de leur acceptation ou de leur refus dans un délai de 15 jours. La procédure de médiation sera clôturée dès l'acceptation de la solution proposée ou de la formalisation de la persistance du désaccord. En cas d'absence de réponse dans le délai fixé, il sera considéré que la proposition du médiateur est acceptée. Si la mutuelle refuse la proposition d'avis, elle devra en donner les raisons.





**MUTUELLES AYANT OPTÉ POUR LA MEDIATION
DE LA MUTUALITE FRANCAISE**

Janvier 2018

SIREN	RAISON SOCIALE
301 862 769	MUTUELLE SMH
302 927 553	MICILS
302 976 568	MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES
302 976 592	AVENIR MUTUELLE
302 999 115	LA FRATERNELLE MUTUELLE INTERENTREPRISES
303 252 951	MUTUELLE DU PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY
304 514 789	UNMOS
305 007 171	SMEBA
305 275 083	MUTEX COLLECTIVES
308 374 990	MUTUELLE DE L'ORPHELINAT DES CHEMINS DE FER & DES TERRITOIRES D'OUTRE MER
308 708 650	MCLR
309 104 099	LA MUTUELLE VERTE
309 244 648	MUTUELLE ENTRENOUS
310 259 221	MUTUELLE D'IVRY (LA FRATERNELLE)
311 799 878	ADREA MUTUELLE
313 389 157	MUTUELLE D'ENTREPRISE 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
317 255 230	MUTUELLE GENERALE DE LA CORSE
317 442 176	EOVI-MCD MUTUELLE
320 377 906	MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE SOCIALE
321 073 470	MUTUALITE FRANCAISE DE LA REUNION - OCEAN INDIEN
323 599 696	MUTUELLE D'ENTREPRISE DU TELEGRAMME
325 942 969	MUTUELLE DU LOGEMENT
326 313 764	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DU GERS
330 929 845	MUTUELLE MFTSV
333 212 561	MUTUELLE DE PONTOISE
334 400 116	MUTUELLE DES CHEMINOTS PICARDS
339 198 939	MUTAC
339 358 681	MUTUELLE HUMANIS NATIONALE
339 420 226	CENTRE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNEL
340 359 900	INTEGRANCE
341 689 552	MUTUELLE DE SAINT SIMON
342 211 265	MUTUELLES DE LORRAINE
347 391 948	MUTUELLE DU CHU ET HOPITAUX DU PUY-DE-DOME
352 291 561	MUTUELLE MEUSREC
352 502 546	MUTUELLE DU VAL DE SEVRES
352 537 369	FLEURY MICHON Mutuelle
379 655 541	IDENTITES MUTUELLE
379 718 653	MNPAF
382 046 464	MUTUELLE NATIONALE DU PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS MICHELIN
383 143 617	SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE



**MUTUELLES AYANT OPTÉ POUR LA MÉDIATION
DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE**

Janvier 2018

SIREN	RAISON SOCIALE
384 253 605	MUTLOG GARANTIES
388 213 423	MUTUELLE GENERALE SOLIDARITE DE LA REUNION
390 802 619	MUTUELLE LA SECURITE ASTURIENNE
390 820 058	MUTUELLE D'ENTREPRISES SCHNEIDER ELECTRIC
390 917 953	MBTPSE
391 036 183	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS
391 322 849	MUTUELLE DE LA DEPECHE DU MIDI
391 346 236	MUTUELLE DU PERSONNEL IBM
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
391 399 052	MUTUELLE DES METIERS ELECTRONIQUE ET INFORMATIQUE
391 399 227	MNRA
391 399 326	MUTUELLE ENTRAIDE PHOTO CINE
391 526 225	MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE
407 879 709	MUTUELLE INTERENTREPRISE DES ORGANISMES SOCIAUX DU MORBIHAN
413 423 005	MUTUELLE DE LA FRANCE MARITIME
419 049 499	MUTIEG
423 573 815	SMODOM
428 990 972	MUTUELLE SANTE INDEPENDANTS
429 211 469	MGD
429 873 706	BANQUE POPULAIRE MUTUALITE
430 270 116	MUTUELLE DE SAINT JUNIEN
431 791 672	LMDE
431 988 021	MUTUELLE EPARGNE RETRAITE
433 938 081	MUROS
434 243 085	MUTUELLE OCIANE
437 994 205	MUTUELLE GENERALE INTERPROFESSIONNELLE
438 804 312	MEMF
440 293 355	UNIMUTUELLES
442 294 856	UMR
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	MUTEC22
442 839 452	MNCAP - AC
442 882 411	MUTUELLE DES RETRAITES AGF ET ALLIANZ
442 907 119	UNITE LORRAINE MUTUALISTE
442 978 086	PAVILLON PREVOYANCE
443 586 342	ALMUTRA
443 611 504	MUTUELLE TANIN ET PANNEAUX DE LABRUGIERE
444 042 303	MUTACITE
444 269 682	RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE
444 270 599	MUT'ACCUEIL
444 270 730	MUTUELLE KEOLIS RENNES
444 424 931	MUTUELLE PREVOYANCE ALSACE
483 041 307	SMACL SANTE



**MUTUELLES AYANT OPTÉ POUR LA MÉDIATION
DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE**

Janvier 2018

SIREN	RAISON SOCIALE
483 747 333	RADIANCE GROUPE HUMANIS GRAND EST
484 436 811	MNH PREVOYANCE
490 909 454	MUTARIS CAUTION
499 982 098	MGEFI
503 380 081	UNEO
508 400 629	MFPRECAUTION
529 168 007	MUTUELLE UMC
775 513 765	MUTAME VAL DE FRANCE
775 558 778	Mutuelle ENTRAIN
775 559 651	MUTUELLE D'ENTREPRISE DU PERSONNEL DE LA SOCIETE DES EAUX DE MARSEILLE
775 589 203	GROUPEMENT DE PREVOYANCE FACIA
775 597 768	AMELLIS MUTUELLE
775 606 361	MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL
775 627 391	MUTUELLE APREVA
775 657 521	MMJ
775 659 907	MUTUELLE MIEUX-ETRE
775 662 869	FMP
775 671 894	MUTUELLE GENERALE DE LA POLICE
775 671 902	MUTUELLE DE L'INDUSTRIE DU PETROLE
775 671 951	AVENIR SANTE MUTUELLE
775 671 969	MPGR
775 671 993	MUTUELLE BLEUE
775 676 158	MUTUELLE DES DOUANES ATLAS
775 678 550	MUTUELLE GENERALE DES CHEMINOTS
775 678 584	MNT
775 682 164	TUTELAIRE
775 684 780	SMEREP
775 685 340	LA MUTUELLE GENERALE
775 685 365	INTERIALE
775 691 132	LA FRANCE MUTUALISTE
775 722 655	MUTUELLE RENAULT
776 090 854	MUTUELLE DE SETE
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	MUTUELLE DU PERSONNEL DES ORGANISMES SOCIAUX ET SIMILAIRES DE LA REGION MIDI PYRENEES
776 950 610	MUTAERO
777 169 079	SUD-OUEST MUTUALITE
777 749 409	MBA MUTUELLE
777 927 120	VIA SANTE
778 396 507	MUTUELLE JURASSIENNE - MUTI
778 588 111	MUTUELLE ENTREPRISE 341
778 847 301	SORUAL
778 868 513	LA PREVOYANCE ARTISANALE, COMMERCIALE ET SALARIALE
778 900 027	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE

SIREN	RAISON SOCIALE
779 558 428	MUTUELLE LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX
779 926 294	525ÈME MUTUELLE D'ENTREPRISES DE L'AUTOMOBILE ET DU VEHICULE INDUSTRIEL
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 NORMANDIE
781 065 412	MUTUELLE DU GRAND PORT MARITIME DU HAVRE
781 123 245	MUTUELLE BOISSIERE DU BTP
781 123 468	MUTUELLE DES EMPLOYES DE LA MUTUALITE
781 166 210	MUTUELLE 403
781 166 293	MUTUELLE SMATIS FRANCE
781 343 249	MUTUELLE SOLIMUT CENTRE OCEAN
781 459 631	MUTUELLE REGIONALE DU PERSONNEL DES ORGANISMES SOCIAUX ET SIMILAIRES DE POITOU CHARENTES
781 847 975	MMC ATLANTIQUE
781 848 239	MUTUELLE DE L'ENTREPRISE CITRAM
782 395 511	LES MUTUELLES DU SOLEIL
782 416 127	MUTUELLE DE FRANCE 04-05
782 814 727	MUTAME PROVENCE
782 825 343	MUTUELLE DE FRANCE DU LACYDON
782 834 642	MUTUELLE SMT - SANTE MUTUALITE POUR TOUS
783 005 655	MUTUELLE FAMILIALE DE LA CORSE
783 303 209	MUTUELLES DU PAYS HAUT
783 376 270	GROUPE DES MUTUELLES INDEPENDANTES
783 711 997	M COMME MUTUELLE
783 737 638	MBTP DU NORD
783 747 793	CHORALIS - MUTUELLE LE LIBRE CHOIX
784 227 894	MCVPAP
784 301 475	MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
784 338 600	SOCIETE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA SNECMA
784 338 618	MCEN
784 338 675	MUTUELLE DE L'ARMEE DE L'AIR
784 394 363	MUTUELLE CPAMIF
784 410 805	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE SOCIETE GENERALE
784 442 899	MUTUELLE NATIONALE DES FONCTIONNAIRES DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
784 442 915	LA MUTUELLE FAMILIALE
784 492 084	GROUPE FRANCE MUTUELLE
784 621 476	MCDEF
784 647 323	MUTUELLE INTER EXPAT
784 669 954	SOCIETE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
784 718 207	UNION NATIONALE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE (UNMI)
784 718 256	MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE
784 718 355	MUTUELLE DES CHAMBRES DE COMMERCE
784 718 397	MUTUELLE VALEO
785 151 689	LES MENAGES PREVOYANTS



MUTUELLES AYANT OPTÉ POUR LA MÉDIATION
DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Janvier 2018

SIREN	RAISON SOCIALE
785 304 106	MUTUELLE MUNICIPALE DE BOULOGNE BILLANCOURT
785 476 003	MUTUELLE GENERALE SANTE
788 108 546	MUTUELLE UNION DU COMMERCE ET DES SCOP
790 314 017	HARMONIE FONCTION PUBLIQUE

