



**MEDIATION DE LA
CONSOMMATION
MUTUALITE FRANÇAISE**

Rapport d'activité 2020

Il est impossible d'évoquer l'année 2020 sans faire mention de la pandémie. L'année 2020 est pour tous l'année de la crise sanitaire avec ses conséquences qui ont affecté l'ensemble des domaines d'activité, ses répercussions économiques et sociales et le changement de paradigme qui a pu en résulter.

A sa mesure, la Médiation de la consommation de la Mutualité Française aura été marquée par cette pandémie, nécessitant une adaptation de ses modalités de fonctionnement afin de pouvoir poursuivre sa mission dans de bonnes conditions, sans altérer le service rendu aux adhérents et aux mutuelles, tout en conservant une grande rigueur dans le traitement des dossiers.

Bien plus, malgré les difficultés d'organisation du premier confinement de mars à mai 2020, la Médiation de la consommation de la Mutualité Française a amélioré très nettement, comme elle s'y était engagée, le délai de traitement des saisines.

Enfin, l'année a été marquée par la mise en place d'un nouveau logiciel de traitement des saisines qui, nonobstant les habituels ajustements nécessaires lors de la mise en route d'une nouvelle application, a permis la continuité de l'activité durant les différentes périodes de télétravail imposé ou recommandé. La saisine en ligne et la dématérialisation des dossiers ont rendu possible la poursuite de l'ensemble des missions de la médiation sans impacter les délais de traitement.

Seuls les dossiers adressés par courrier en mars et avril 2020 ont subi un retard de prise en charge.

En revanche, je ne peux ignorer que la crise sanitaire a pu affecter l'organisation de certaines mutuelles qui ne disposaient pas toujours à distance des éléments demandés pour l'instruction des dossiers. Il est bien évident que mes services ont tenu compte de ces contraintes afin de ne pas pénaliser les organismes gênés par ces circonstances

S'agissant de l'activité de la médiation, celle-ci a connu une baisse sensible du nombre de dossiers traités. Cette évolution ne saurait surprendre ; en effet, les années précédentes ont été marquées par une activité soutenue afin de résorber le stock des dossiers, dont le nombre avait explosé en raison de l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 20 août 2015.

Parallèlement, les réformes dans le domaine assurantiel ont été moins nombreuses, à l'exception de la publication du décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020 pour l'application de la loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire. Cette résiliation infra-annuelle, entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2020, concernera la médiation à compter de 2021.

Pour autant, les réformes du 100% santé et de la Complémentaire Santé Solidaire, dont les effets se sont fait pleinement sentir en 2020, ont généré nombre de contestations, sans que cela soit le reflet d'une véritable difficulté de mise en œuvre par les mutuelles. Là encore, les litiges résultent le plus souvent d'un manque d'information et de communication.

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
- L'organisation

RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

- **L'information aux adhérents**
 - *Avant l'adhésion au contrat*
Intervention des courtiers
 - *Dans les documents contractuels*
Les modalités d'inscription des ayants-droit
La télétransmission
Le libellé des garanties
 - Dentaire
 - Pluralité de contrats
 - Prise en charge des forfaits journaliers en établissements médico-sociaux
 - Médecines non conventionnelles
 - *Au cours du contrat*
Le devis
La notification des changements de garanties
- **L'exécution du contrat**
 - *Application des réformes*
 - *Contrôle des soins a priori et a posteriori*
 - *Fausse déclaration*
 - *Application de l'article 7 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Evin »*
- **La gestion des réclamations**
 - *Processus de traitement des réclamations*
 - L'Information des adhérents
 - *Compétence du médiateur*

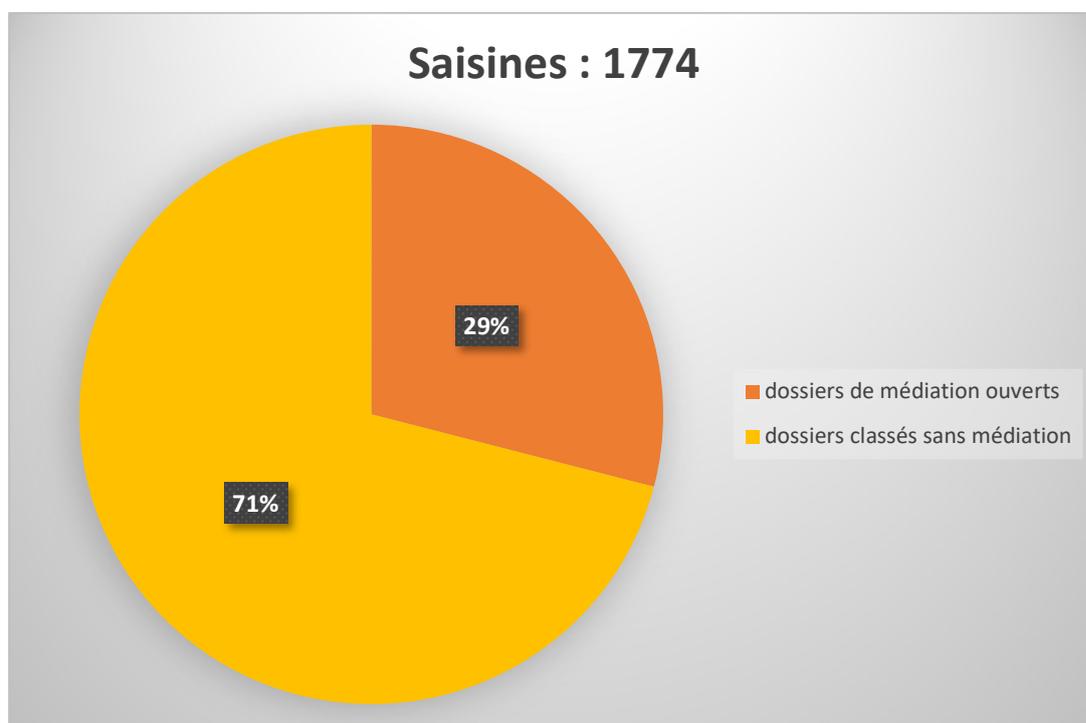
BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN 2020

LES DEMANDES REÇUES

Le service médiation a traité 1774 demandes, soit 50% de moins qu'en 2019.

Ces 1174 demandes correspondent à 166 dossiers en instance au 31 décembre 2019 et à 1608 dossiers traités sur 1712 saisines reçues en 2020.

Il convient de noter que le service a également répondu à 445 appels téléphoniques concernant la médiation, soit 62 % de moins qu'en 2019.



Sur les 1774 saisines traitées en 2020, 1259 n'ont pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier de médiation.

Seuls 515 dossiers ont été déclarés recevables, soit 29%

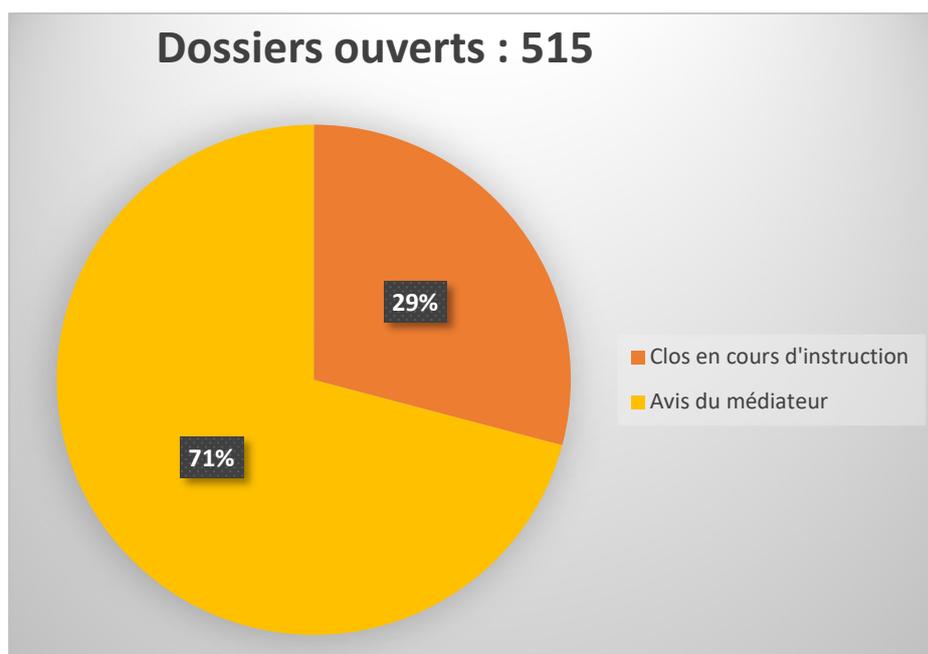
Pour les 1259 demandes déclarées irrecevables :

- 446 n'entraient pas dans le champ de la médiation. Il s'agit d'erreurs d'orientation (erreurs de médiateur, copies pour information, demandes de conseil juridique ou de choix d'une mutuelle, demandes d'information...), de demandes pour lesquelles l'assureur du contrat n'est pas identifié, de demandes portant sur le régime obligatoire d'assurance maladie (mise en place du tiers-payant, demande de carte d'assuré social...)

- 813 dossiers, pour les raisons suivantes :

- pour 463 parce que les voies de recours internes à la mutuelle n'étaient pas épuisées,
- pour 350, parce que le litige n'entraîne pas dans le champ de compétence du médiateur. Il peut s'agir de :
 - communications d'informations administratives destinées aux mutuelles (transmission d'un certificat de scolarité ou autre document) ou de questions quant à la gestion de contrats,
 - de demandes de geste commercial,
 - de simples commentaires sur les prestations des mutuelles ou sur l'augmentation des cotisations,
 - de la perte d'un mot de passe pour accéder à l'espace personnel sur le site de la mutuelle,
 - de demandes de prise en charge préalable
 - d'interrogations ou d'opinions sur les mesures gouvernementales et les incidences sur les mutuelles,
- de questions sur la lecture de son contrat, sur la marche à suivre pour dénoncer un contrat...

Ce sont donc 515 dossiers qui ont été ouverts en vue d'une médiation.

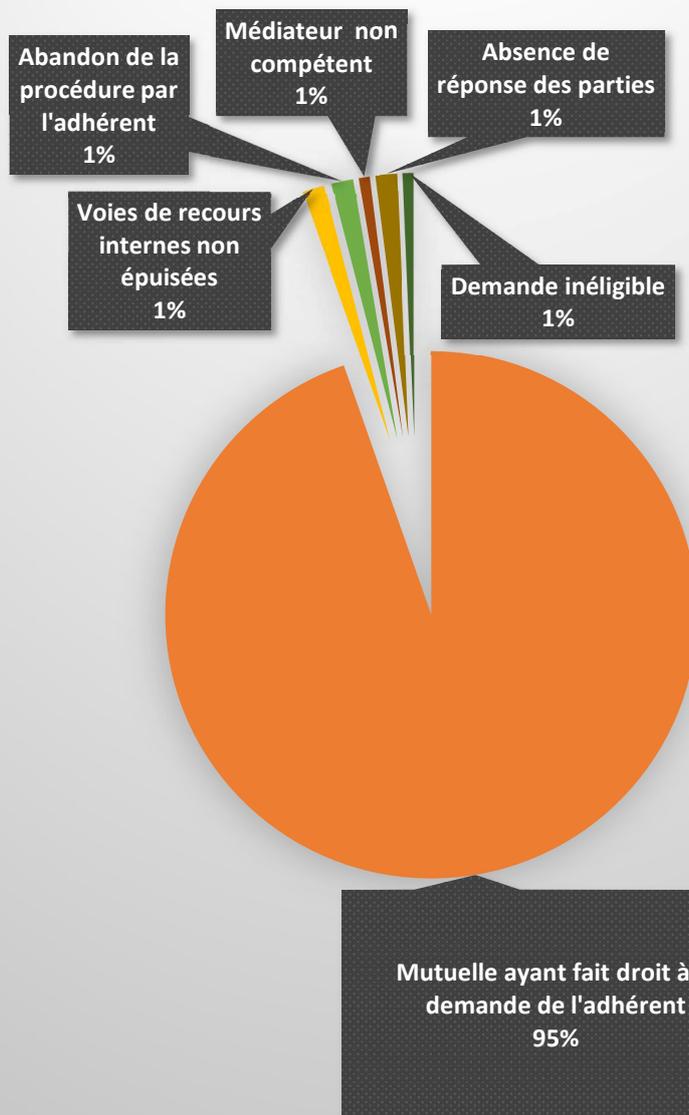


Sur les 515 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 150 ont été clos en cours d'instruction. La proportion des dossiers clos en cours d'instruction demeure identique à celle de l'année dernière, soit 29%.

Dans 95% des cas, le dossier est clos en cours d'instruction parce que la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent. Je ne peux, à ce sujet, que rappeler, comme dans mes précédents rapports, la nécessité pour les mutuelles de faire en sorte d'améliorer le traitement des réclamations afin d'éviter ces saisines.

J'y reviendrai dans mes recommandations.

Dossiers clos en cours d'instruction : 150

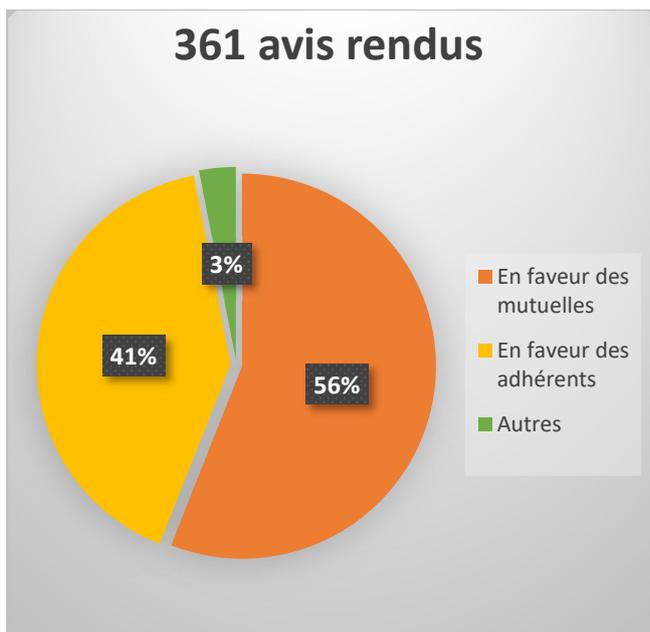


LES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

4 dossiers ont abouti à un accord sans formulation d'une proposition.

361 propositions de solutions ont été notifiées, soit une baisse de près de 54 % par rapport à 2019.

- 131 dossiers antérieurs au 01/01/2020
- 230 dossiers reçus en 2020

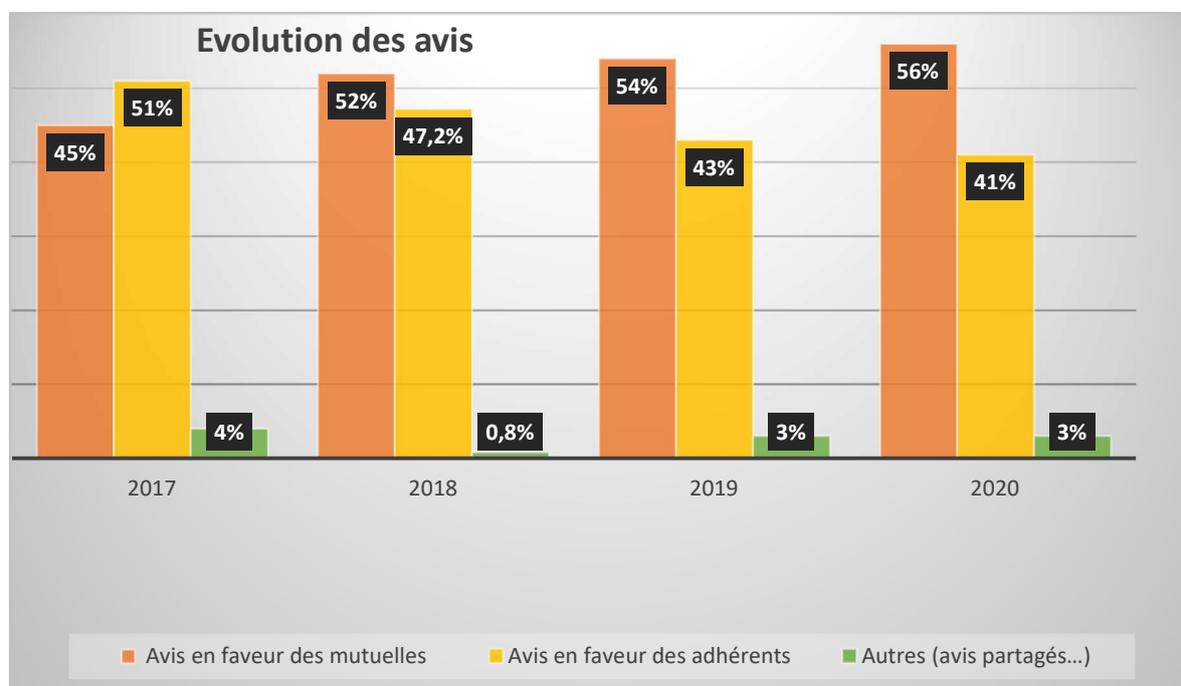


Sur ces avis :

- 202 ont été rendus en faveur des mutuelles,
- 148 en faveur des adhérents,
- 11 dossiers en faveur d'aucune des parties

Evolution du nombre d'avis en faveur des mutuelles

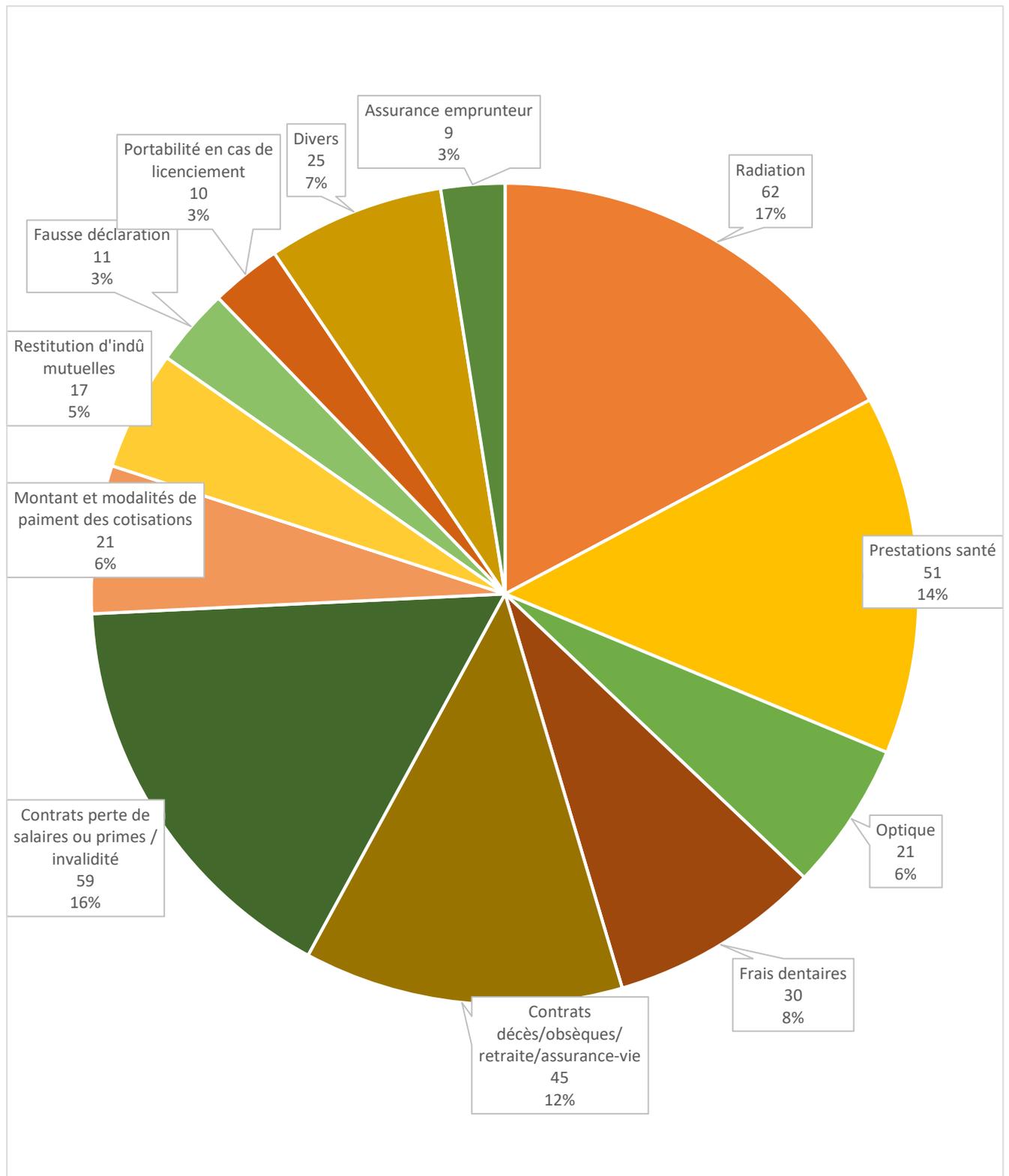
Les avis en faveur des mutuelles sont passés de 54% à 56% et ceux en faveur des adhérents de 43% à 41%. Ces évolutions ne sont pas significatives, la proportion d'avis en faveur de chacune des parties restant somme toute comparable d'un exercice à l'autre.



LA NATURE DES LITIGES

On relève encore cette année une très grande diversité des litiges.

Typologie des requêtes



Les réclamations portant sur les remboursements de soins et de biens médicaux demeurent majoritaires, représentant à elles seules 65% des litiges, dont 26% concernent les frais dentaires et 19% les frais d'optique. La prise en charge des forfaits « hospitaliers » en établissements médico-sociaux et les soins à l'étranger constituent des postes non négligeables (7%).

Dans le domaine dentaire, la facturation des prothèses, implants, traitements d'orthodontie demeure un motif important de contestation.

Les recommandations des précédents rapports restent, à cet égard, d'une criante actualité, tant sur le libellé des garanties que sur l'exactitude des estimations de prise en charge au vu des devis présentés.

Comme signalé l'année dernière, un nombre important de dossiers porte sur la différence entre l'estimation de remboursement au vu du devis et la prise en charge réelle des traitements dentaires (prothèses, implants, parodontie ou orthodontie). Ainsi que je l'ai indiqué, les mutuelles « se doivent d'être vigilantes lors de l'étude des devis car c'est sur le fondement des estimations réalisées que leurs adhérents engagent les soins prévus. Les frais sont généralement élevés et une prise en charge moindre que celle indiquée s'avère très souvent problématique. »

La réforme du « 100 % santé » a engendré des réclamations portant sur ces postes, notamment en raison de l'incompréhension de la prise en charge. De nombreux adhérents pensent bénéficier d'une prise en charge totale alors que les garanties peuvent prévoir un remboursement moindre lorsque le contrat n'est pas un contrat responsable. En outre, il est parfois malaisé de comprendre, à la lecture des garanties ou lors d'une estimation de prise en charge sur devis, quels remboursements incluent le panier de soins du 100% santé et quels remboursements sont effectués en complément. J'attire l'attention des mutuelles sur la nécessité d'une plus grande clarté dans le libellé de leurs garanties sur ces postes.

La résiliation des contrats ou des ayants-droit sur un contrat reste un sujet récurrent de contestation (17% des saisines).

Plus encore qu'en 2019, on constate une hausse notable des contestations relatives aux contrats de prévoyance (contrats de retraite complémentaire, garanties PTIA-invalidité, contrats obsèques).

Les réclamations relatives à ces garanties ont été au nombre de 104, soit près de 30%. Les contestations portent sur l'indemnisation au titre des arrêts de travail (garanties maintien de salaires), les refus de rachat de contrat retraite, le versement de capital ou de rente, les allocations obsèques, et plus rarement le versement de rente d'invalidité ou le calcul de la revalorisation du capital d'un contrat d'épargne.

On constate, en cette année 2020, un nombre croissant de cas présentant une rupture d'indemnisation d'arrêts de travail en raison du changement d'organisme assureur. Dans ces dossiers, les adhérents se sont vu opposer un refus de prise en charge par chacun des organismes, sur la base d'une interprétation toute personnelle et parfois fantaisiste de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin.

Il n'est pas acceptable que ces adhérents se trouvent dans une impasse, l'ancien et le nouvel assureur refusant de prendre en charge l'arrêt de travail. En outre, pour ces dossiers qui concernent souvent des fonctionnaires territoriaux, les adhérents ne sont aucunement responsables du changement d'assureur décidé par les collectivités territoriales qui les emploient. Ils se trouvent ainsi parfois sans solution, voire sans couverture.

J'ai jugé opportun dans ces cas, lorsque les deux organismes sont des mutuelles ayant choisi la Médiation de la Consommation de la Mutualité Française, de mettre en cause les deux

mutuelles et de notifier ma proposition à l'ensemble des parties concernées.
Je reviendrai sur ce sujet dans mes recommandations, à la lumière de la jurisprudence applicable en l'espèce.

Enfin, les adhérents invoquent très souvent dans leurs réclamations un défaut d'information de la part des mutuelles, que ce soit en phase pré-contractuelle ou au cours du contrat.

L'examen des dossiers conduit à confirmer les recommandations passées, en ce qui concerne le libellé des garanties, l'information des adhérents et la gestion des réclamations. Je les compléterai au regard de quelques problématiques particulières rencontrées cette année.

LE MONTANT DES LITIGES

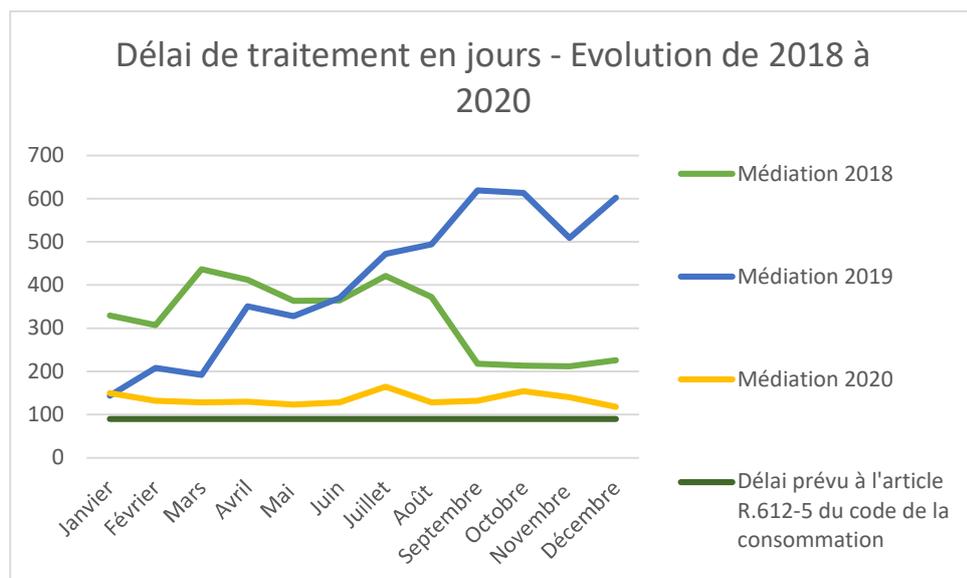
Le montant des litiges s'échelonne de 16 € à 150 000 €, la moyenne se situant à 3 623 €.

Cette moyenne a été établie sur 155 dossiers dont l'instruction a été menée à son terme pour lesquels le montant est connu, le montant en litige étant inconnu dans les 206 restant. Il n'en demeure pas moins que l'écart des sommes en jeu reflète la diversité des saisines et des motivations des réclamants. Les litiges relatifs à l'indemnisation des incapacités de travail portent généralement sur des montants plus élevés que les contestations de prestations de santé.

Il est cependant probable que le nombre de dossiers dont le montant en jeu n'est pas connu recèle des sommes non négligeables puisqu'il s'agit de dossiers dont les adhérents eux-mêmes ne chiffrent pas précisément la demande (remboursement de plusieurs années de cotisation, indemnisation d'invalidité, mensualités de remboursement de prêt, etc...)

LE DELAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

Le délai moyen de notification des avis a été de 136 jours.

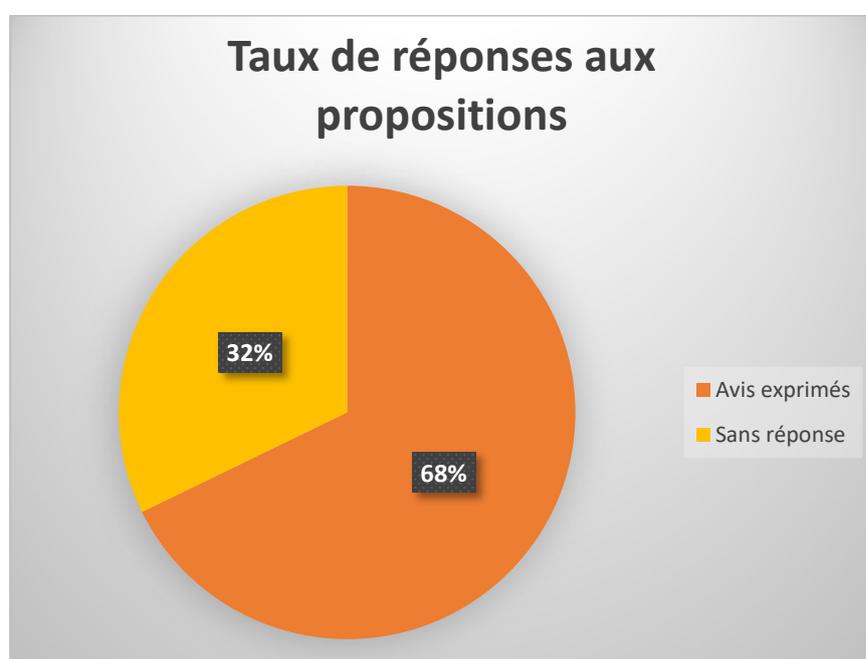


Le délai de traitement des dossiers a considérablement diminué, passant de 346 à 136 jours, pour s'approcher du délai réglementaire de 90 jours. Les efforts déployés les années précédentes ont porté leurs fruits, avec la résorption du stock des dossiers en instance.

On ne peut que se réjouir de ce résultat qui induit une amélioration de la qualité de la médiation, les réponses apportées aux parties étant désormais plus efficaces.

Il est à noter que, pour 2020, ce délai est toujours calculé à compter de la date de réception de la réclamation et non à compter de la date à laquelle la demande est déclarée recevable. Or, le laps de temps entre ces deux dates peut correspondre à 21 jours, conformément à la réglementation.

L'EXECUTION DES AVIS



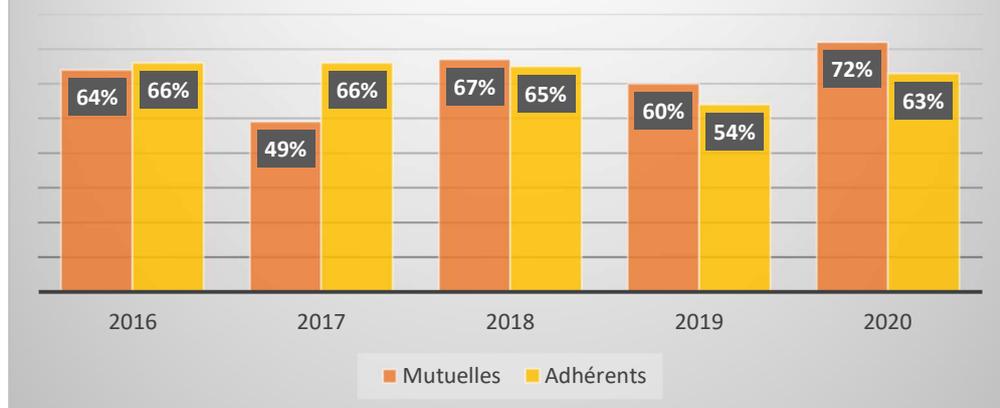
Il convient de préciser que ce résultat a été établi sur la moitié des avis notifiés, le changement de système d'information en début d'année n'ayant pas permis d'enregistrer toutes les réponses.

Sur ces bases, le taux de réponses exprimées est passé de 57% à 68%, ce qui est satisfaisant. On peut supposer que cette amélioration est liée au raccourcissement du délai de traitement des saisines ; il est probable qu'une proposition de solution plus rapide est mieux prise en compte parce que la situation n'a pas fondamentalement évolué depuis la saisine. Ce taux de réponse plus élevé ne préjuge pas de la proportion des acceptations et des refus.

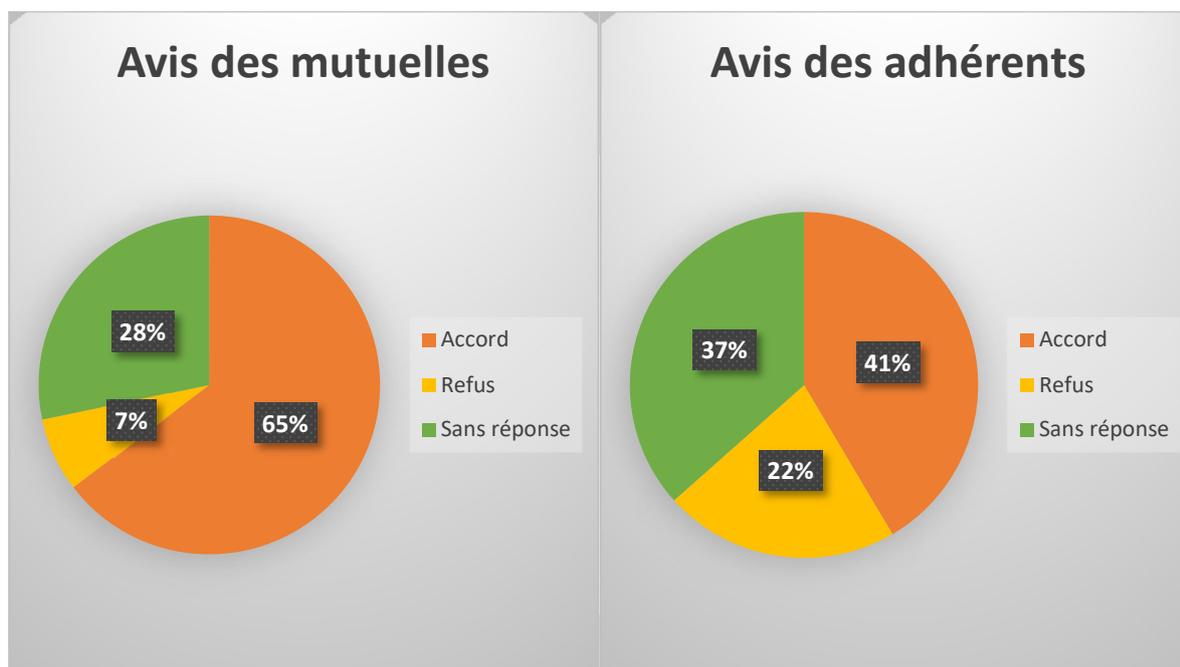
Evolution des taux de réponses aux propositions de médiation

Le taux des retours des adhérents est passé de 54% à 63%, celui des mutuelles de 60% à 72%.

Taux de réponses aux propositions de médiation



Proportion des acceptations et des refus

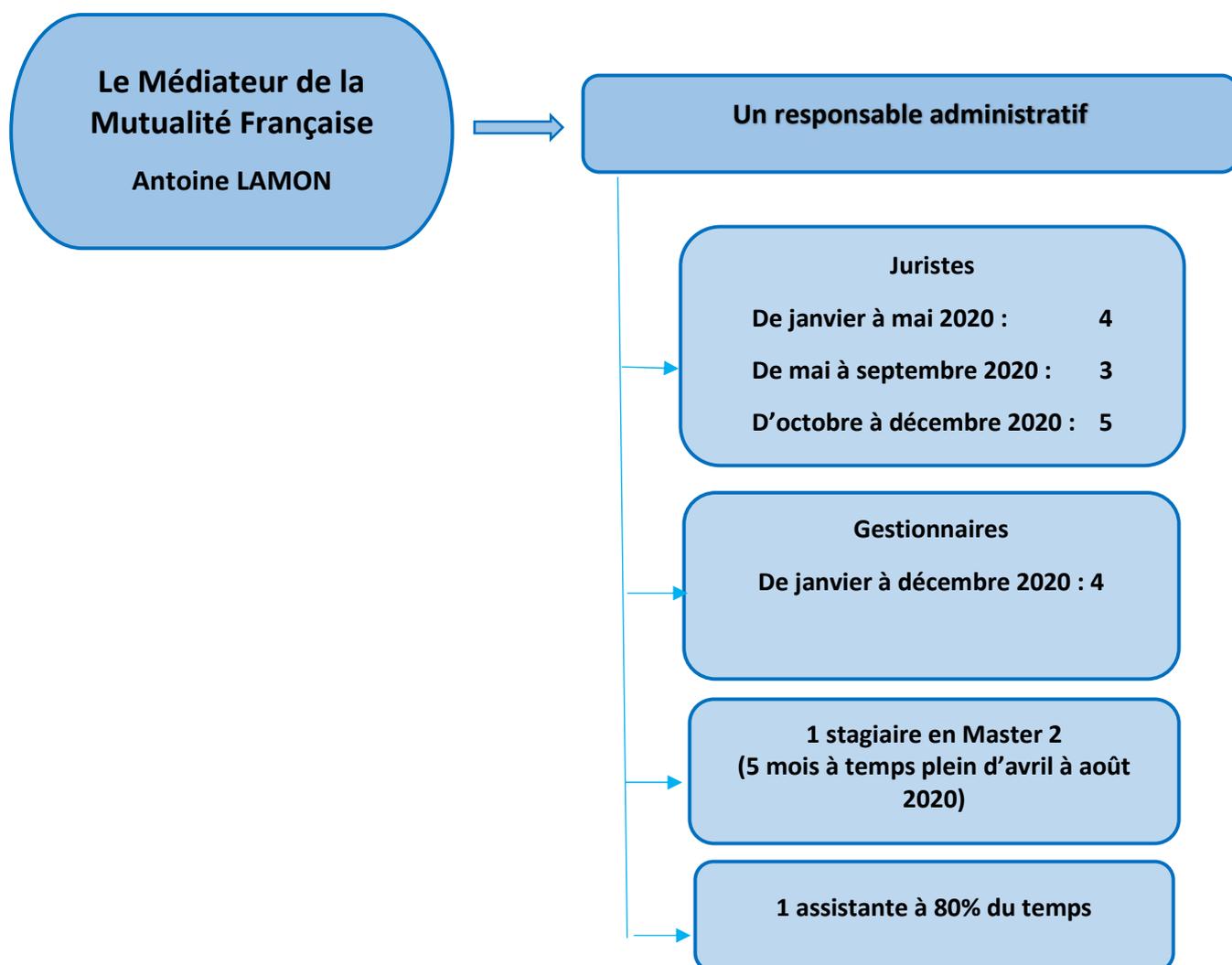


Le pourcentage d'accord des mutuelles a sensiblement augmenté, évoluant de 56 % en 2019 à 65%, quand celui des adhérents est demeuré identique.

En revanche, il convient de souligner que 88% des avis exprimés par les mutuelles et 65% de ceux exprimés par les adhérents sont positifs.

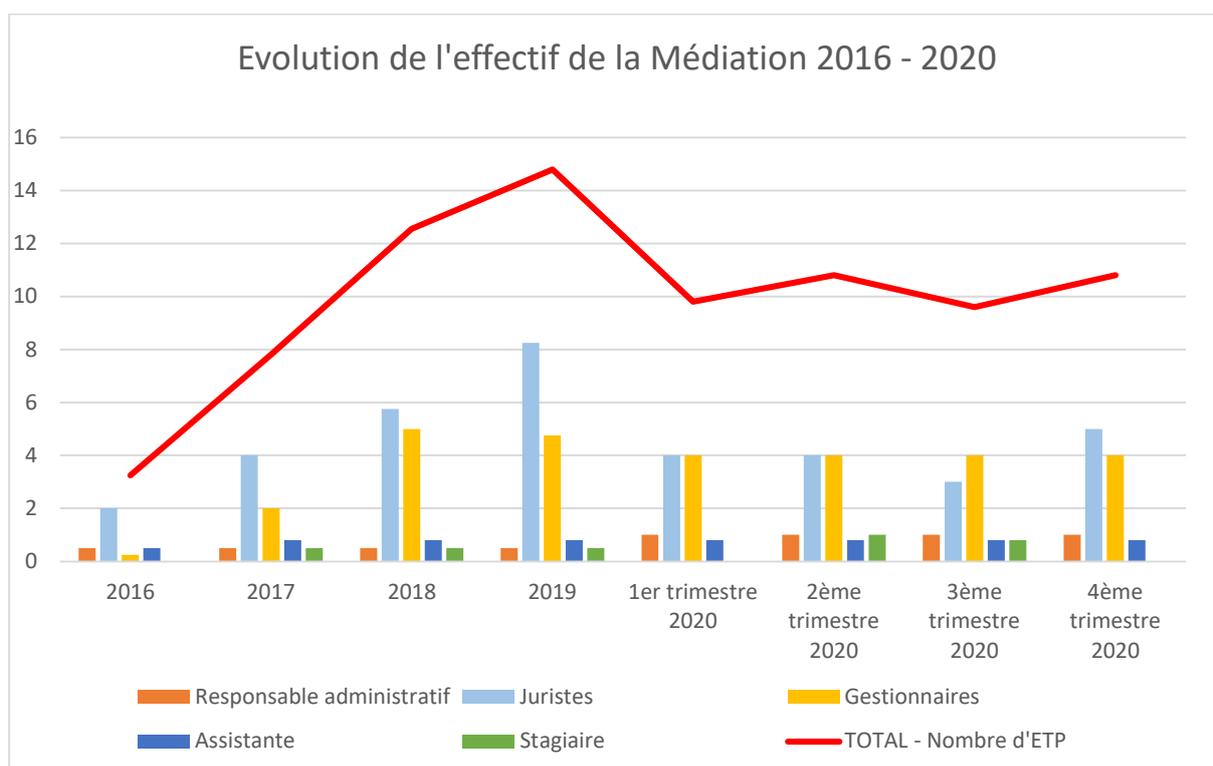
LES EFFECTIFS

Organigramme de l'équipe de la Médiation



Evolution de l'effectif

L'effectif, qui avait été renforcé en 2019 afin de résorber le retard, a logiquement diminué en 2020. Après une baisse sensible aux deuxième et troisième trimestres en raison des difficultés de recrutement liées aux restrictions, voire interdictions, de déplacement, l'effectif s'est stabilisé au quatrième trimestre, avec une responsable administrative, cinq juristes, quatre gestionnaires et une assistante à 80% du temps.



L'ORGANISATION

La Médiation s'est dotée, à compter de février 2020, d'un outil informatisé de gestion des saisines, permettant une dématérialisation des dossiers et une simplification des échanges avec les adhérents.

Comme pour tout changement de logiciel de gestion, l'adaptation à ce nouvel outil a nécessité un peu de temps, avec quelques imperfections à corriger.

La quasi-concomitance de cette modification avec le premier confinement généralisé a eu deux conséquences paradoxales : la première a consisté en une plus grande complexité de l'accommodation au nouvel outil en raison du télétravail, la seconde a été que le traitement des saisines effectuées en ligne n'a pas été affecté par cette situation, la dématérialisation des dossiers permettant leur traitement à distance.

RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

L'INFORMATION AUX ADHERENTS

I - AVANT L'ADHESION AU CONTRAT :

Intervention des courtiers

Il importe de rappeler aux mutuelles qu'elles doivent être vigilantes quant aux interventions des intermédiaires à qui la distribution de leurs contrats est confiée. L'objectif est de veiller au respect du devoir de conseil des courtiers puisqu'un manquement dans l'information donnée par ceux-ci est à l'origine d'un certain nombre de réclamations. Il peut s'agir d'un défaut d'information ou d'une information erronée qui, selon les réclamants, ont pu vicier leur consentement.

Il est certain que ces motifs de contestations sont malaisés à prouver, en l'absence de justification des propos du mandataire.

L'article L.521-4 du code des assurances prévoit : « avant la conclusion de tout contrat d'assurance, le distributeur mentionné à l'article L. 511-1 précise par écrit, sur la base des informations obtenues auprès du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel, les exigences et les besoins de celui-ci et lui fournit des informations objectives sur le produit d'assurance proposé sous une forme compréhensible, exacte et non trompeuse afin de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause.

Le distributeur conseille un contrat qui est cohérent avec les exigences et les besoins du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel et précise les raisons qui motivent ce conseil. »

Dans la plupart des dossiers, le document standardisé de recueil des informations (IPID) n'est pas produit. En outre, lorsqu'un adhérent évoque un défaut d'information et de conseil en phase précontractuelle, très souvent ce manquement est relatif à une conversation téléphonique ou à un entretien en agence. Or, les litiges ne peuvent être analysés qu'au regard d'allégations ou preuves écrites.

Afin d'éviter la survenance de telles situations, il est préconisé de consigner l'ensemble des conseils au futur membre participant donnés en phase précontractuelle et de produire systématiquement le support de recueil des besoins du prospect.

Cette recommandation s'applique également pour les membres participants déjà affiliés. Il convient, dans la mesure du possible, de confirmer par écrit un conseil ou une demande d'information. Bien souvent, cet écrit permet de s'assurer de la bonne compréhension des propos tenus.

En l'absence de justification, les éléments se rapportant à des échanges oraux ne sont pas pris en compte, ce qui peut provoquer chez des adhérents de bonne foi un sentiment d'incompréhension, voire d'injustice parfois légitime.

Par ailleurs, plusieurs litiges ont posé un problème d'identification de l'assureur du contrat dans le cadre des relations d'intermédiation. En effet, dans certaines saisines, les documents émanaient principalement du courtier et ne présentaient pas les coordonnées de l'organisme assurant le contrat. Cela peut créer des difficultés, notamment quand s'il s'agit d'un contrat souscrit auprès d'un assureur. Dans un tel cas, je dois me déclarer incompetent et renvoyer l'adhérent vers le médiateur de l'assurance. Afin d'éviter de tels désagréments, il convient que

les organismes mutualistes demandent à leurs distributeurs de bien indiquer leurs coordonnées dans chaque document contractuel (le nom et numéro SIREN de l'assureur du contrat).

II – DANS LES DOCUMENTS CONTRACTUELS

1) Les modalités d'inscription des ayants-droit

En analysant divers litiges, on remarque que les modalités d'affiliation et de radiation des ayants-droit, qui relèvent du contrat, peuvent manquer de précisions. Comme une demande de résiliation est en principe personnelle, il s'avère important de bien faire la distinction entre les modalités pures de résiliation du membre participant et celles concernant la radiation des ayants droit au contrat. La situation des ayants droit doit être prévue clairement dans le règlement mutualiste.

2) La télétransmission

La télétransmission est un mécanisme permettant aux adhérents d'obtenir le versement des compléments de remboursement sans avoir à produire les décomptes de l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, le législateur n'a pas rendu obligatoire la mise en place de ce dispositif.

C'est pour cela qu'il est demandé aux organismes mutualistes d'informer les adhérents, soit dans le règlement mutualiste, soit lors de demande de prestations, que la télétransmission n'est pas automatique. Cette information est nécessaire vis-à-vis des adhérents notamment pour les inciter à produire par eux-mêmes les décomptes de la sécurité sociale et éviter les problèmes de prescription.

3) Le libellé des garanties

Avant tout propos, 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.

Dentaire

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 dentaires pris en charge ainsi que leur montant de remboursement.

A défaut de libellé clair et précis, il est fait application du principe d'interprétation de la clause « in favorem » posé par la Cour de Cassation, en vertu duquel si l'une des clauses d'un contrat d'assurance se révèle ambiguë, le juge doit retenir l'interprétation la plus favorable à l'assuré, en application des dispositions de l'article 211-1 du code de la consommation qui énonce que « Les clauses des contrats proposés par les professionnels aux consommateurs ou aux non-professionnels doivent être présentées et rédigées de façon claire et compréhensible. Elles s'interprètent en cas de doute dans le sens le plus favorable au consommateur ou au non-professionnel. »

Pour une rédaction claire et précise de la garantie, il est nécessaire de définir les actes dentaires hors nomenclature, tels que les implants, couronnes ou inlay cores sur implant. Pour mémoire, l'inlay-onlay relève bien de soins dentaires et non de prothèses, selon la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et

l'assurance maladie applicable au 1er avril 2019. Ainsi, dans plusieurs avis où l'adhérent avançait que son inlay onlay était une prothèse dentaire, j'ai rendu la proposition en faveur de la mutuelle sur la base de la classification commune des actes médicaux (CCAM), estimant que c'était à bon droit que la mutuelle avait considéré l'inlay-onlay comme un acte de soin et non comme une prothèse.

Il est également important de déterminer clairement pour l'adhérent comment les actes non remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge par la garantie, et pour ce faire, d'indiquer explicitement si la garantie se réfère à la CCAM. A défaut, il convient de définir et lister explicitement les soins pris en charge par la garantie (parodontologie, implantologie) et d'indiquer la base de remboursement prise en compte : forfait, base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) notamment.

Lors d'un litige qui m'a été soumis, j'ai dû me prononcer sur le refus de la mutuelle de prise en charge d'un acte d'imagerie dentaire. Le tableau de garantie comportait une rubrique « DENTAIRE » incluant trois sous-rubriques :

- une pour les soins
- une deuxième pour les prothèses
- une troisième intitulée « Autres » avec :
 - une ligne dédiée aux « actes non remboursés » avec un renvoi à la mention « Hors implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée par le RO » ;
 - une ligne « implantologie/ parodontologie » avec un renvoi à la mention « Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier couronne) ».

L'adhérent estimait que son acte d'imagerie (codifié imagerie dentaire par la CCAM) relevait de la ligne des « actes non remboursés » et non de l'implantologie car il s'agissait d'un acte d'imagerie dentaire ; c'était, selon lui, tout le sens du renvoi de la seconde ligne. Si je rejoignais l'adhérent sur le fait que l'acte était bien un acte d'imagerie dentaire, il n'en demeurerait pas moins un acte relevant de l'implantologie qui était une exclusion de garantie.

J'ai donc recommandé à la mutuelle plus de pédagogie envers ses adhérents pour la précision des prises en charge des soins dentaires, afin d'offrir une meilleure lisibilité de ses garanties.

J'ai, par ailleurs, incité l'adhérent à demander à sa mutuelle une estimation préalable.

L'attention des organismes doit être attirée sur les définitions qui figurent dans les règlements mutualistes et les rubriques créées dans les tableaux de garanties. En effet, celles-ci doivent demeurer en cohérence avec la littérature médicale et le sens commun.

L'exemple suivant concerne l'imagerie médicale et non dentaire mais illustre le problème des définitions ou rubriques impropres.

Un adhérent contestait le refus de la mutuelle de lui rembourser son échographie cardiaque comme un acte d'imagerie et non comme un acte d'échographie au sens du code de regroupement de la CCAM (le tarif imagerie étant plus avantageux). La proposition a été rendue en équité en faveur de l'adhérent car tant la littérature médicale (hospitalière et de la Haute Autorité de Santé) que la CCAM elle-même classent l'échographie comme un acte d'imagerie ; de surcroît, ni la notice d'information, ni la grille de remboursements ne mentionnaient la prise en charge de l'échographie hors imagerie.

Pluralité de contrats/ cumul de garanties

La règle relative à la comptabilisation, en cas de pluralité de contrats de complémentaire santé, de la totalité des remboursements des différents organismes pour les plafonds des contrats responsables doit être rappelée explicitement dans vos documents contractuels.

Cette règle est en effet importante pour que l'adhérent puisse bien faire la distinction entre les compléments de remboursement versés au titre de chacun de ses contrats de complémentaire santé.

De même, pour les contrats de surcomplémentaire santé, le niveau d'intervention des différentes garanties doit être clair.

Prise en charge des forfaits journaliers en établissements médico-sociaux

En vertu de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, l'application du dispositif social et fiscal de faveur est subordonnée à la prise en charge du forfait journalier tel que prévu par l'article L. 74-4 du même code.

Cependant, l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 précise que « cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD). »

Il découle de cette réglementation que les contrats responsables ne sont pas tenus de prendre en charge le forfait journalier pour les hébergements dans ce type d'établissements.

Pour autant, l'exclusion de la prise en charge du forfait journalier en établissement médico-social, et plus particulièrement en Maison d'Accueil spécialisé (MAS), lorsqu'elle est prévue, doit figurer de manière explicite, formelle, claire et limitée dans les garanties.

Pour les organismes souhaitant toujours indemniser les frais relatifs à ce type de forfait, le type d'établissements visé (maison d'accueil spécialisé (MAS), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités de soins de longue durée (USLD), etc.) ainsi que la durée de prise en charge doivent explicitement indiqués au sein de la documentation contractuelle.

En outre, il convient de ne pas utiliser le terme « forfait journalier hospitalier » pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) mais le terme « forfait hébergement ».

Dans un dossier, une mutuelle prévoyait, au sein de son tableau de garanties, une prise en charge d'un "forfait hospitalier", limitée à 30 jours pour les MAS et les EHPAD.

Lors d'une demande de remboursement d'un forfait hébergement lié à un séjour en EHPAD, la mutuelle avait indiqué à l'adhérent que seul un forfait hospitalier pouvait être pris en charge, un tel forfait n'étant pas facturé en EHPAD.

J'ai considéré que l'indication d'une prise en charge d'un "forfait hospitalier" en EHPAD révélait l'intention de la mutuelle de prendre en charge les frais liés à l'hébergement de l'adhérent dans ce type d'établissement. En tout état de cause, les termes imprécis du règlement mutualiste devaient être interprétés en faveur de l'adhérent, en vertu des règles issues du droit de la consommation.

Médecines non conventionnelles :

La précision du libellé suffirait bien souvent à éviter des conflits. C'est particulièrement manifeste pour les actes de médecine « alternative » ou « non conventionnelle ».

Il est recommandé de prévoir une liste exhaustive des médecines non conventionnelles prises en charge par la garantie. Les organismes ne peuvent pas assimiler par analogie des disciplines ; à titre d'exemple, l'ostéopathie et l'étiopathie sont des médecines non conventionnelles bien distinctes.

Lorsque la garantie est conditionnée par l'inscription du praticien aux répertoires nationaux - le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et celui de l'Automatisation DES Listes (ADELI) - la mention d'une discipline qui ne peut être pratiquée par un tel professionnel est inappropriée.

A titre d'exemple, un étiopathe ne peut ni être inscrit au RPPS, ni être détenteur d'un numéro ADELI : en ce cas, les conditions de garanties tenant au numéro ADELI et au numéro de diplôme sont inapplicables aux consultations d'étiopathie.

Par ailleurs, il est important que lorsque la garantie prévoit la prise en charge de médecines non conventionnelles, elle en précise exactement le périmètre : nombre de séances par an/ nombre par personne/ montant maximum par séance/ nombre par spécialité ou toutes médecines confondues.

Une adhérente a demandé à sa mutuelle le remboursement de plusieurs séances d'acupuncture et d'ostéopathie sur la base de sa garantie prévoyant un forfait pour huit séances de médecines non conventionnelles listées précisément (Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Acupuncture - Pédicure - Podologue - Nutritionniste - Homéopathie - Psychologie - Psychothérapie - Hypnose - Auriculothérapie- Cryothérapie – Naturopathie).

Sa compréhension de la garantie l'avait conduite à considérer qu'elle bénéficiait d'une prise en charge pour huit séances par an pour chacune des spécialités. Elle demandait donc la prise en charge de l'intégralité de ses séances d'ostéopathie et d'acupuncture (huit pour chacune des disciplines) en raison de son interprétation des garanties contractuelles. Or, l'ensemble des postes étant repris dans une seule et même colonne du tableau de garantie, ce forfait annuel était bien prévu pour l'ensemble des spécialités indiquées. L'adhérente ayant bénéficié du remboursement de huit séances d'ostéopathie et d'acupuncture, son forfait était donc expiré.

Une plus grande précision dans la présentation des remboursements aurait évité cette erreur d'interprétation.

III – AU COURS DU CONTRAT

1) Le devis

On relève nombre de dossiers où la réponse au devis proposé à l'adhérent soit par la mutuelle, soit par le gestionnaire (déléataire de gestion), ne correspondait pas aux attentes d'une estimation qui doit éclairer l'adhérent quant aux montants pris en charge par sa garantie et à son reste à charge. **Il est primordial que le devis réponde à des exigences de clarté et de compréhension.**

La question de la bonne lecture du devis du praticien peut sembler anecdotique mais elle est présente dans les litiges qui me sont soumis.

Tel est le cas lorsqu'une mutuelle prend pour référence, pour son estimation de remboursement, l'appareillage d'orthodontie pour un enfant, alors que le devis concerne un adhérent adulte.

De même, la mutuelle ne peut se prévaloir de ne pas avoir tenu compte de la nature de l'activité de l'établissement hospitalier dans son estimation de prise en charge alors que le devis préalable à l'hospitalisation indique le nom et les coordonnées précises dudit établissement permettant de connaître la nature de son activité (SSR).

Validité du devis et date de soins

Certains devis indiquent une durée de validité, souvent de 3 ou 6 mois. Or le devis, qui vise à délivrer une information sur le montant des remboursements auxquels peut prétendre l'adhérent, doit se conformer à la garantie. Aussi, tant que la garantie est valable et applicable, le devis n'est pas susceptible de varier. La durée de validité du devis doit être calquée sur la durée de validité de la garantie.

Il est également recommandé de préciser pour des soins à exécution successive, tels les soins dentaires, que le devis fait application des tarifs prévus par la garantie en vigueur au moment de l'estimation, mais que si des soins devaient être réalisés à une date postérieure à la date d'échéance annuelle, ces tarifs ne pourraient être garantis car susceptibles d'évoluer.

L'estimation de la mutuelle doit également prendre en compte la date prévue ou prévisible des soins à réaliser afin d'anticiper un changement de garantie prochain pour la parfaite information de l'adhérent sur les conditions réelles de prise en charge des soins envisagés. Par exemple, si un adhérent demande une estimation de prise en charge fin décembre de l'année N, le devis doit indiquer les tarifs applicables l'année N+1.

De même, des modifications tarifaires réglementaires peuvent intervenir en cours de validité de la garantie : tel fut le cas notamment avec le plafonnement des tarifs des prothèses dentaires applicable à compter du 1er avril 2019. Il convient alors de préciser que l'estimation de prise en charge est communiquée « sous réserve de toute modification réglementaire intervenue à la date de facturation des soins. »

Il est à noter que si la résiliation infra-annuelle demeure sans impact sur l'annualité de la garantie, elle peut en avoir un sur la durée de validité du devis. Il est alors souhaitable que la mutuelle précise que le devis demeure valable jusqu'à la résiliation du contrat en cas de résiliation avant la date d'échéance annuelle ou porte la mention « sous réserve de l'adhésion au moment des soins ».

Lisibilité du devis

Pour une parfaite lisibilité de la prise en charge, il est recommandé également d'indiquer sur l'estimation l'existence ainsi que le montant d'un forfait/plafond de consommation des soins lié à la garantie avec la période de référence et de préciser ce qui est déductible de ce forfait/plafond et ce qui est pris en charge en dehors.

Le devis doit être compréhensible pour l'adhérent. Aussi, il serait opportun que les devis distinguent clairement les montants de remboursements quand les soins sont pris en charge

dans le cadre du 100% santé ou non, afin de se conformer à l'obligation qui est faite en la matière aux praticiens dentaires.

La portée du devis

Certaines mutuelles portent la mention « devis non contractuel ». Cette précision est inutile : le devis n'est certes pas un document contractuel ; pour autant, il ne faut pas oublier que la responsabilité extracontractuelle de la mutuelle peut être mise en cause lorsque celle-ci fournit une estimation de remboursement erronée.

Il faut bien entendu que toutes les conditions de la responsabilité extra contractuelle soient réunies : erreur fautive imputable à la mutuelle, existence d'un dommage subi par l'adhérent, existence d'un lien de causalité entre le fait fautif imputable à la mutuelle et le dommage subi par l'adhérent. Aussi, lorsque tel est le cas, la proposition est rendue en faveur de l'adhérent à qui est accordé le montant de remboursement pour lequel la mutuelle s'est avancée lors de son estimation.

2) La notification des changements de garanties (inopposabilité des garanties non notifiées)

L'information sur les modifications de garanties en cours d'exécution d'un contrat complémentaire santé est souvent source de différend.

Il convient de rappeler que, dans le cadre d'un contrat individuel et en application des dispositions de l'article L.221-5 du code de la mutualité :

- toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale d'une mutuelle ou d'une union doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires par la mutuelle ou l'union,
- toute modification des prestations définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire.

J'ai, à plusieurs reprises, invité les mutuelles à prévoir des modalités quant à la notification des modifications de garanties qui peuvent être justifiées par tout type de preuve en cas de contestation par un adhérent de la bonne réception de cette notification.

Il est recommandé, à cet égard, de conserver tout type de preuve écrite, notamment un double du courrier recommandé avec avis de réception ou un constat d'huissier sur lequel apparaît le nom de l'adhérent. Ces éléments sont indispensables afin de justifier la délivrance de l'ensemble des informations notifiées aux adhérents.

A titre d'exemple, dans une proposition de solution, une mutuelle n'a fourni en tant que preuve de la notification des modifications de garanties qu'un courrier simple daté et sur lequel étaient mentionnés le nom et l'adresse de l'adhérent.

Ce type de preuve ne s'avère pas satisfaisante puisque l'adhérent, en l'espèce, contestait la réception de ce courrier. De ce fait, j'ai, en l'absence de preuve telle qu'un accusé de réception de l'envoi d'une lettre recommandée ou de la production d'un constat d'huissier, fait droit à l'adhérent.

En effet, en l'absence de preuve apportée par l'organisme mutualiste et en cas de doute quant à la notification des modifications des garanties en cours de contrat, je ne peux que donner raison à l'adhérent.

Concrètement, j'appliquai au cas d'espèce les anciens montants de prise en charge dont l'adhérent avait eu pleinement connaissance au moment de l'adhésion au contrat puisque les dernières modifications de garanties demeuraient inopposables en l'absence de preuve de leur notification.

S'agissant des contrats collectifs, toute modification doit être constatée par un avenant signé par le souscripteur et l'organisme mutualiste. La mutuelle est exemptée de l'obligation d'information, celle-ci reposant sur le souscripteur (généralement l'employeur de l'adhérent).

Toutefois, je tiens à préciser qu'il s'avère nécessaire d'établir un document spécifiant les modifications de garanties intervenues et de le remettre au souscripteur du contrat. En effet, l'adhérent après avoir été informé par la personne morale souscriptrice, pourra, pour les contrats collectifs à adhésion facultative, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison des modifications appliquées (principe établi à l'alinéa 2 de l'article L.221-6 du code de la mutualité).

L'EXECUTION DU CONTRAT

I - Application des réformes

L'examen de certains dossiers soumis à la médiation a révélé que des adhérents se sont vu refuser la mise en œuvre de dispositions prévues par des réformes, au motif que la mutuelle n'avait pas eu le temps de mettre en place les moyens opérationnels adéquats.

Je ne puis valider ces refus de mise en œuvre de réformes, surtout lorsqu'il s'agit de réformes d'envergure qui ont mis plusieurs mois à voir le jour et pour lesquelles les organismes d'assurance maladie complémentaire ont disposé de toute latitude pour les mettre en application.

Certes, les mutuelles ont à faire face depuis quelques années à un nombre considérable d'évolutions législatives et réglementaires qui les obligent à modifier leurs logiciels, voire leurs contrats ; pour autant, il leur est demandé une vigilance particulière pour anticiper la mise en œuvre de ces réformes, sachant que ces refus ne sont juridiquement pas recevables.

Une mutuelle avait refusé de changer les coordonnées bancaires d'un de ses adhérents au motif que son système technique et informatique ne lui permettait pas d'enregistrer un relevé d'identité bancaire (RIB) étranger pour effectuer les prélèvements des cotisations.

Ce refus de RIB étranger était en contradiction avec la réglementation européenne mise en place par le Règlement 2018/302 du 28 février 2018 du parlement européen et du conseil et transposée au sein de la législation française par la loi n° 2020-1508 du 3 décembre 2020 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière. En effet, le principe est que chaque citoyen européen a la liberté d'ouvrir un compte bancaire auprès de l'établissement de son choix et dans le pays de l'Union européenne de son choix. Ainsi, tout refus de paiement opposé par un professionnel avec pour seule justification que le compte soit situé dans un autre pays européen et/ou en raison de contraintes budgétaires ou techniques, n'est pas régulier.

Dans ce dossier de 2020, la mutuelle a informé le médiateur qu'une mise à jour de son système était prévue courant 2021 pour pallier ce problème. Le médiateur a constaté que la mutuelle n'était pas en accord avec la législation malgré l'ancienneté des dispositions. Toutefois, au regard des circonstances du dossier, il a seulement demandé à la mutuelle de faire preuve de diligence dans sa mise en conformité.

Dans un autre litige, une mutuelle refusait à son adhérent le transfert de son contrat d'assurance vie (au sein de la même mutuelle) - alors que cette demande remplissait les conditions prévues par la loi relative à la croissance et la transformation des entreprises (loi PACTE) - en raison du caractère non opérationnel de ses logiciels informatiques, en se prévalant du fait que c'était le cas pour nombre d'assureurs. Pour mémoire, la loi PACTE promulguée le 22 mai 2019 est entrée en vigueur au 1er janvier 2020 ; la mutuelle proposait à son adhérent un transfert au plus tôt en juillet 2021.

II - Contrôle des soins a priori et a posteriori

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.

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 au demeurant 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.

Un nouveau type de litiges est apparu en 2020 concernant la production des codes de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) en optique depuis la mise en place de la réforme dite du 100% santé.

En effet, les mutuelles sont parfois confrontées au refus de certains opticiens d'indiquer sur la facture des codes de la LPP suffisamment détaillés pour permettre la liquidation de la prestation pour l'adhérent. En outre, certains adhérents indiquent ne pas vouloir transmettre leur ordonnance à la mutuelle afin de respecter le secret médical qui s'y attache.

J'ai, pour ces dossiers, cantonné mon analyse au seul lien contractuel unissant les parties et décidé de distinguer selon que les codes de regroupement suffisent ou non à déterminer le niveau de prestations dues à l'adhérent.

Si les codes figurant sur la facture suffisent à la liquidation de la prestation, j'estime que la mutuelle n'est pas fondée à réclamer à son adhérent soit la communication de codes détaillés, soit l'ordonnance de l'ophtalmologue, puisque ces éléments ne sont pas indispensables à l'exécution de ses obligations contractuelles. Cela est notamment le cas lorsque les garanties prévoient une modulation du montant du remboursement selon la classification classique verres simples/complexes/très complexes.

A l'inverse, si les codes de regroupement ne sont pas suffisamment explicites pour liquider la prestation, notamment lorsque pour un même code de regroupement deux garanties s'appliquent, et que l'adhérent refuse de communiquer les codes détaillés ou son ordonnance, je préconise d'appliquer le tarif le moins disant prévu par la garantie.

Analyse de deux dossiers ayant donné lieu à deux conclusions différentes.

Pour le premier, les codes de regroupement suffisaient à déterminer la garantie applicable, l'absence de codes davantage détaillés sur la facture acquittée n'empêchant pas la mutuelle de procéder au règlement des prestations ; j'ai, par conséquent, demandé à la mutuelle de procéder au remboursement des frais au vu de ces seuls codes.

Pour le second, les garanties prévoyaient des remboursements différenciés pour des verres correspondant à un seul code de regroupement. Les codes détaillés de la LPP étaient nécessaires afin de déterminer le montant exact du remboursement puisque ce montant variait de manière significative en fonction du degré de correction. J'ai donc conclu à la nécessité pour la mutuelle d'obtenir la prescription médicale ou les codes détaillés afin de déterminer de manière précise le montant du remboursement, conformément au tableau de garanties. J'ai estimé qu'à défaut, l'adhérent devait se contenter du remboursement minimal prévu pour la catégorie des verres acquis, en l'absence de précision suffisante pour ajuster la prise en charge à la garantie.

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.

Il est certain que de véritables situations de fraudes existent. Pour autant, en cas de suspicion de fraudes, 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.

III- Fausse déclaration

Dans le même esprit, les précédentes préconisations concernant la fausse déclaration de l'adhérent lors de la souscription d'une garantie prévoyance restent d'actualité. En effet, les litiges font souvent état d'une mutuelle qui a résilié la garantie prévoyance de son adhérent au motif d'une fausse déclaration lors de l'adhésion. Or, force est de constater que la fausse déclaration, lorsqu'elle est avérée, ne revêt pas nécessairement un caractère intentionnel. Les organismes mutualistes ont ainsi tendance à qualifier d'office une fausse déclaration d'intentionnelle et à soulever la nullité prévue à l'article L. 221-15 du code de la mutualité alors qu'ils ne rapportent aucunement la preuve de l'élément intentionnel.

Il est utile de rappeler que le code de la mutualité établit une distinction de traitement de la fausse déclaration selon qu'elle est intentionnelle ou non.

La fausse déclaration non intentionnelle est constituée par « une omission ou une déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie » ; elle n'entraîne pas la nullité de la garantie mais l'augmentation des cotisations si elle est constatée avant la réalisation du risque ou, si elle est constatée après la réalisation du risque – ce qui est généralement le cas des dossiers reçus à la médiation – la réduction de la prestation « en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. » (article L.221-15).

La fausse déclaration intentionnelle est, quant à elle, caractérisée par la volonté de l'adhérent de tromper la mutuelle sur le risque à assurer, lorsqu'il a souscrit le contrat ou même au cours de l'exécution. La fausse déclaration se traduit par un acte positif.

En outre, cette fausse déclaration doit avoir changé l'objet du risque ou diminué l'opinion du risque pour la mutuelle. Il faut donc répondre à ces conditions cumulatives pour que la fausse déclaration intentionnelle soit retenue et opposable par la mutuelle à son adhérent.

La sanction de la fausse déclaration intentionnelle est, conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité, l'annulation du contrat sans restitution des cotisations versées par l'adhérent.

La preuve de l'inexactitude doit être apportée par la mutuelle tout comme celle de la mauvaise foi, conformément à l'article 2274 du Code Civil qui dispose : « la bonne foi est toujours présumée et c'est à celui qui allègue la mauvaise foi de la prouver ». En pratique, c'est par les réponses inexactes à des questions claires et précises ou par le défaut de réponse de l'adhérent que l'intention de tromper sur les risques à couvrir peut être prouvée. Pour ce faire, la mutuelle doit établir que l'adhérent connaissait ses pathologies antérieures à déclarer et qu'il les a sciemment dissimulées lors de la souscription.

Ce n'est donc que si la mutuelle parvient à prouver la fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent qu'elle peut résilier la garantie et conserver les cotisations versées. A défaut, seule la fausse déclaration non intentionnelle peut être opposée à l'adhérent. Dans ce cas, la résiliation de la garantie est annulée avec un rééquilibrage du contrat conformément aux dispositions de l'article L.221-14 (augmentation des cotisations) pour tenir compte de la majoration du risque.

Si la mutuelle n'est pas en mesure de recalculer les cotisations ou les prestations en fonction du risque, en cas de fausse déclaration non intentionnelle, je lui demande d'indemniser l'adhérent pour le risque réalisé sans résilier le contrat, puis de rééquilibrer le contrat en prévoyant, pour les risques futurs, une exclusion liée à la pathologie non déclarée initialement.

Afin de vérifier l'absence de fausse déclaration, la mutuelle est légitime, en cas de sinistre, à demander à l'adhérent certains documents afin de déterminer l'existence d'un lien avec les pathologies antérieures. Cette demande doit être là encore précise et utile à l'appréciation de l'indemnisation.

Lorsque le questionnaire médical rempli par l'adhérent est versé au dossier (par l'adhérent lui-même) : il est vérifié alors que le questionnaire est suffisamment clair et précis, suivant ainsi les recommandations de la commission des clauses abusives (Recommandation N°90-01-Assurance complémentaires à un contrat de crédit à la consommation ou immobilier ou à un contrat de location avec option d'achat).

Pour un dossier, la mutuelle avait résilié le contrat d'assurance emprunteur au motif que l'adhérent avait répondu inexactly à quatre questions du questionnaire médical. Afin d'établir l'existence d'une fausse déclaration, j'ai procédé à l'analyse des quatre questions concernées et des réponses y afférentes.

La fausse déclaration n'ayant pu être établie dans aucune de ces réponses, soit parce que la question posée n'était pas claire, soit parce que l'inexactitude de la réponse n'était pas prouvée, j'ai proposé le rétablissement du contrat de l'adhérent et le versement de la prestation selon les conditions contractuelles.

En cas de doute, la mutuelle peut diligenter une expertise avant de poursuivre l'indemnisation de l'adhérent. Les conditions de déclenchement de cette expertise ainsi que les modalités de désignation des experts sont généralement mentionnées dans le règlement mutualiste ou la notice d'information du contrat.

En revanche, la mutuelle ne peut, pour se soustraire à son obligation d'indemnisation, multiplier les demandes de documents complémentaires, voire inverser la charge de la preuve en contraignant l'adhérent à prouver sa bonne foi, ce qui est contraire aux dispositions du code civil.

Dans le cadre d'une assurance emprunteur, j'ai été confronté à un refus d'indemnisation d'un sinistre par la mutuelle au motif que l'adhérent n'était pas en mesure de produire le questionnaire de santé qu'il avait rempli lors de l'adhésion. En d'autres termes, elle exigeait qu'il prouvât qu'il n'avait pas fait de fausse déclaration.

Outre le fait qu'elle disposait d'éléments suffisants pour indemniser l'intéressé, la mutuelle se devait, si elle entendait lui opposer une fausse déclaration, d'en apporter elle-même la preuve.

J'ai bien évidemment invité l'organisme à verser au réclamant les prestations contractuelles.

IV – Application de l'article 7 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Evin »

On constate une nette augmentation des litiges en rapport avec l'application de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin ».

Dans ces affaires, l'adhérent en arrêt de travail lors d'un changement d'organisme assurant le contrat collectif auquel il a adhéré, se voit refuser la prise en charge de cet arrêt de travail par les deux organismes, chacun estimant que les règles issues de l'article 7 de la loi Evin trouvent, ou non, à s'appliquer. Ces situations, dommageables pour les adhérents - qui ne sont pas indemnisés pour leurs congés de maladie alors même qu'ils ont été couverts de manière ininterrompue par un contrat de prévoyance - et contraires à l'esprit de la loi Evin, doivent être évitées. Je tiens donc à rappeler les règles applicables en la matière.

L'article 7 de la loi Evin prévoit : "lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière

prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement".

Les litiges portent majoritairement sur la notion de prestations immédiates ou différées, telle qu'elle ressort du texte. Cette notion est sujette à diverses interprétations et l'application qui en est faite peut être lourde de conséquences pour un adhérent en attente de prestations qui représentent un montant considérable. Ainsi, il apparaît nécessaire de clarifier cette notion.

Afin de pouvoir appliquer les dispositions de l'article 7 de la loi Evin, la rencontre de plusieurs conditions est nécessaire.

Tout d'abord, il convient que la pathologie ou l'accident qui déclenche l'application de la garantie trouve son origine durant l'exécution du contrat en cause. La Haute juridiction est constante sur ce point (Cass. civ. 2e 16 octobre 2008, pourvoi n°07-13.940 ; Cass. civ. 2e 14 janvier 2010, pourvoi n°09-10.237).

Il est ensuite nécessaire que les conditions d'acquisition de la garantie soient remplies. Ces conditions sont généralement définies par le contrat. La Cour de cassation rappelle en effet que "les dispositions de l'article 7 susvisé n'interdisent pas aux parties de définir les conditions d'acquisition de la garantie. » Ainsi, si le bénéficiaire des prestations du contrat est subordonné à la double condition que le salarié subisse un arrêt de travail de plus de trois mois et qu'il continue d'être affilié et de cotiser pendant ce délai, en l'absence de l'une de ces conditions, son droit à prestation n'est pas né (Cass. civ. 2e 22 janvier 2009, pourvoi n°07-21.093).

Cette condition implique que des prestations aient déjà été versées ou auraient dû être versées. La Cour de cassation a d'ailleurs précisé que "l'objectif de [l'article 7 de la loi Evin] est d'empêcher l'arrêt pour les participants des prestations en cours de paiement" (Cass. civ. 2e 3 mars 2011, pourvoi n°09-14.989). Ce principe découle également du texte même de la loi qui précise que "le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement".

Deux avis relatifs à l'application de l'article 7 de la Loi Evin illustrent ces difficultés d'interprétation dont les adhérents sont victimes.

Le 7 mai 2019, un agent territorial adhère au contrat de prévoyance collective Maintien de salaire auprès d'une première mutuelle, adhésion prenant effet au 1er juin 2019.

L'adhérent est en congé de maladie ordinaire à compter du 14 octobre 2019. La mutuelle ne l'indemnise pas car son employeur prend en charge l'intégralité de la rémunération. Le contrat est résilié au 31 décembre 2019.

Le 20 janvier 2020, l'intéressé est à nouveau en congé de maladie, la mutuelle l'indemnise, puis, constatant son erreur, elle demande le remboursement de l'indu.

L'adhérent refuse de rembourser les montants réclamés au motif que l'arrêt de travail du 20 janvier 2020 découle de celui d'octobre 2019, date à laquelle il était encore couvert par la mutuelle. Selon lui, il s'agit d'une prestation différée.

Je ne peux faire droit à sa demande car la mutuelle n'a jamais pris en charge le moindre sinistre durant la période de validité du contrat. Or, pour que la mutuelle soit contrainte de prendre en charge ce nouvel arrêt de travail, il aurait fallu qu'elle ait indemnisé l'adhérent lors du premier congé de maladie.

L'adhérent doit donc rembourser l'indu à la mutuelle et demander à son nouvel assureur la prise en charge de son arrêt de travail.

Dans un second dossier, une fonctionnaire territoriale adhère à une garantie Maintien de salaire le 1er juillet 2009. Elle est en arrêt de travail du 8 mars au 7 septembre 2019, la mutuelle prend en charge ce sinistre. L'arrêt maladie est ensuite transformé en congé longue maladie et les prestations versées sont remboursées à la mutuelle.

Le 31 décembre 2019, le contrat est résilié à l'initiative de l'employeur. L'intéressée adhère au nouveau contrat souscrit par la collectivité territoriale dont elle dépend auprès d'un autre organisme.

Du 16 mars au 7 septembre 2020, l'adhérente est à nouveau en arrêt de travail. Le nouvel assureur refuse de prendre en charge ce sinistre, estimant que la première mutuelle avait indemnisé le premier arrêt de travail, en lien avec la pathologie.

La première refuse car elle a été remboursée des sommes versées et n'a donc, selon elle, jamais indemnisé l'adhérente.

Certes, le statut de fonctionnaire et le fait que des modifications soient apportées de manière rétroactive rend la prise en charge des arrêts maladies plus complexe.

Néanmoins, je rappelle qu'il est nécessaire que la première mutuelle ait procédé à l'indemnisation de l'arrêt de travail de l'adhérente, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Dès lors, c'est au nouvel assureur de prendre en charge le nouvel arrêt de travail.

LA GESTION DES RECLAMATIONS

Dans le rapport de 2018, l'attention était appelée sur la nécessaire prise en compte des préconisations de la Recommandation sur le traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016 modifiée de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

C'est, en effet, le schéma auquel se référer pour que les adhérents puissent porter contestation, que les mutuelles et moi-même y répondent, mais également qu'une réclamation n'arrive pas jusqu'au stade de l'ouverture d'un dossier en médiation qui n'aurait peut-être pas lieu d'être.

I - Processus de traitement des réclamations

L'information des adhérents

L'un des éléments majeurs, en amont d'une saisine du médiateur, réside dans la gestion de la réclamation par les services de la mutuelle : de l'accès à l'information nécessaire pour déposer une réclamation à la réponse apportée par la mutuelle dans le cadre de son traitement.

Les adhérents doivent pouvoir visualiser l'ensemble du processus mis en place, de la réclamation à adresser à la mutuelle jusqu'à la saisine du médiateur. Il convient que ces éléments soient librement et aisément accessibles, que ce soit dans les documents contractuels ou simplement en ligne sur le site de la mutuelle sans que l'adhérent soit contraint de se connecter via un espace personnel. En effet, l'obstacle informatique reste un sujet dont on se doit de tenir compte : nombre d'adhérents se font assister par des organismes de protection juridique ou des associations de défense de consommateurs qui ont également besoin d'accéder aux informations générales.

Il importe, par ailleurs, que les informations soient exactes, actualisées et identiques quel que soit le support. Elles doivent préciser la procédure à suivre pour effectuer toute démarche de réclamation, aussi bien de façon digitale que par voie postale, mais également pour recourir à la médiation (coordonnées postales et site dédié du médiateur, modalités brièvement présentées).

A l'ère du numérique, il est souvent plus pratique pour les mutuelles de mettre à disposition sur leur site tout type d'information ; mais il est parfois plus probant pour l'adhérent de trouver des réponses via des moteurs de recherche internet plutôt que sur les sites institutionnels des mutuelles -voire même dans les documents statutaires et contractuels, les lettres d'informations...

Il est ainsi recommandé que ces informations ne soient pas noyées dans des menus et sous-menus non adaptés (« mentions légales », « contacts », « nous écrire », ...) ou dont les liens ne permettent pas une recherche facile sur le site.

Le terme du traitement d'une réclamation doit être précisément communiqué par écrit aux adhérents, avec l'indication de la possibilité de saisine du Médiateur. C'est sur la base de ce dernier échange que je peux avoir l'assurance que toutes les voies de recours internes sont bien épuisées.

Cette année, les saisines irrecevables car effectuées prématurément représentent 27% des dossiers.

Il convient, en outre, de veiller à un circuit clair de traitement des réclamations en cas de courtage ou de délégation de gestion : l'adhérent doit être informé de ce qui est fait et de la transmission de sa réclamation à la mutuelle assureur du contrat.

La réponse apportée par la mutuelle à un adhérent doit permettre sa bonne compréhension. Lorsqu'un refus est émis, celui-ci doit être justifié de la manière la plus claire et compréhensible possible ; il convient de faire preuve de clarté à l'égard des adhérents. Cela permettrait d'éviter aux adhérents des démarches à la fois longues, inutiles et parfois payantes.

J'ai examiné un dossier dans lequel un adhérent avait demandé la prise en charge de frais de transports (taxi) pour se rendre dans une clinique pour une opération chirurgicale. La mutuelle s'était opposée à la demande car les frais de transports n'étaient pas remboursés par la garantie de l'adhérent. Or, dans le tableau de garantie, le transport terrestre médical était mentionné comme pris en charge.

La justification de la mutuelle n'était pas assez claire et prêtait à confusion. La mutuelle aurait dû être pédagogue dans ses courriers et expliquer les raisons de son refus. Car la garantie de l'adhérent ne prenait en charge que les frais de transports terrestres remboursés par la Sécurité Sociale, ce qui n'était pas le cas, en l'espèce, pour l'adhérent. Cela aurait évité à l'adhérent d'adresser plus de cinq courriers à la mutuelle et de passer des appels surtaxés à la Sécurité Sociale.

Dans le même ordre d'idées, on peut constater que des litiges sont soumis à la médiation alors qu'une étude plus attentive de la réclamation de l'adhérent suffirait. Une incompréhension s'installe alors entre la mutuelle et l'adhérent : tel fut le cas d'un adhérent ayant demandé, en vain, nombre de fois à sa mutuelle le remboursement de prestations. Ayant épuisé toutes les voies de recours internes, la médiation n'est intervenue que pour s'assurer du versement effectif des prestations.

II - Compétence du médiateur

Il a été constaté que certaines saisines reçues étaient en dehors du champ de la médiation.

En application du code de la consommation, je ne suis pas compétent pour me prononcer, notamment, sur :

- les litiges relatifs aux services de santé fournis par des professionnels de santé aux patients et faisant l'objet des activités des mutuelles du Livre III,
- les demandes de geste commercial,
- les litiges pour lesquels le membre participant a introduit sa demande 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,
- les demandes d'informations ou d'explications sur des documents statutaires,
- les décisions gouvernementales et leurs incidences sur les mutuelles,
- les demandes de conseil de type juridique ou sur le choix d'un organisme d'assurance,
- les litiges portant sur les agissements d'un intermédiaire d'assurance.

Il est donc inutile d'inviter un adhérent à me saisir lorsque l'objet de sa requête ne relève manifestement pas de ma compétence.

Certes, tout adhérent peut, et doit pouvoir, solliciter la médiation s'il l'estime opportun, mais cette démarche ne doit lui être proposée que lorsque le litige relève de la médiation de la consommation.

CONCLUSION

L'année 2020 a été particulière à plus d'un titre.

Pour les mutuelles, l'année 2020 a inévitablement compliqué la gestion des contrats, du fait des périodes de confinement et de l'adaptation à de nouvelles modalités d'échanges, de l'application des réformes des années précédentes et de la mise en œuvre de mesures prises par les pouvoirs publics dans le champ de la santé.

Pour la Médiation de la Consommation de la Mutualité Française, cette année a été marquée par une évolution très nette de son activité : diminution des saisines, important raccourcissement du délai de traitement des dossiers, mise en place d'un outil de gestion informatisé des demandes et stabilisation de l'organisation.

La médiation a, par ailleurs, fait face à une plus grande complexité des litiges qui lui ont été soumis, exigeant une expertise accrue de ses collaborateurs.

Dans un contexte incertain, la médiation s'est attachée à apporter des réponses aux demandes des adhérents avec un souci de clarté, d'objectivité et de compréhension, en conservant les principes d'indépendance, d'impartialité et de rigueur qui sont les siens.

Elle s'est dotée des moyens adéquats pour remplir cette mission avec efficacité et humanité.

En 2021, la médiation poursuivra ce mouvement en réduisant encore le délai de traitement des saisines, en améliorant la communication à l'égard des adhérents mais aussi des mutuelles et en enrichissant le site de la médiation, afin qu'il soit un outil à même de faciliter l'orientation des adhérents, et de mieux accompagner leur démarche.

Le Médiateur de la Mutualité Française

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Antoine LAMON



RÈGLEMENT DE LA MÉDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (Mis à jour en janvier 2021)

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 santé aux patients et faisant l'objet des activités des mutuelles du Livre III ainsi que les demandes de geste commercial

- les litiges manifestement infondés ou abusifs (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur 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 traitement des réclamations propres à la mutuelle. 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

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.

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

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. Il s'agit d'une proposition rendue en droit et/ou en équité. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé dont les parties à la médiation devront être informées.

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 d'accepter ou de refuser cette proposition, que son acceptation 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 à compter de la réception de la notification. 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.

ANNEXE II

**Mutuelles ayant opté pour la médiation de la consommation de
la Mutualité Française (2020)**

SIREN	RAISON SOCIALE
301 862 769	MUTUELLE SMH
302 927 553	APICIL MUTUELLE
302 976 568	MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES
302 976 592	AVENIR MUTUELLE
302 999 115	LA FRATERNELLE MUTUELLE INTERENTREPRISES
304 514 789	UNMOS
305 007 171	SMEBA
305 275 083	MUTEX COLLECTIVES
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
317 442 176	EOVI-MCD MUTUELLE
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
333 574 390	MUTUELLE D'ASSURANCE DU PERSONNEL EXTERIEUR SALARIES DU GROUPE AXA
339 198 939	MUTAC
339 358 681	MUTUELLE HUMANIS NATIONALE
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
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	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	MBTPSE
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	MUTUELLE DU PERSONNEL IBAMEO
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	GARANCE

391 399 326	MUTUELLE ENTRAIDE PHOTO CINE
391 526 225	MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE
397 742 958	MUTUELLE DE FRANCE DES HOSPITALIERS
407 879 709	MUTUELLE 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
431 791 672	LMDE
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
433 938 081	MUROS
437 732 191	SOCIETE MUTUALISTE DU SALEVE
437 994 205	MUTUELLE GENERALE INTERPROFESSIONNELLE
438 804 312	MEMF
442 294 856	UNION MUTUALISTE RETRAITE
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	MUTEC 22
442 839 452	MNCAP - AC
442 882 411	MUTUELLE DES RETRAITES AGF ET ALLIANZ
442 907 127	ALMUTRA
442 978 086	PAVILLON PREVOYANCE
443 611 504	MUTUELLE TANIN ET PANNEAUX DE LABRUGIERE
444 000 749	MUTUELLE DE L'ENTREPRISE GUILLERM
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	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	MUTUELLE APREVA
775 641 681	MUTEST
775 657 125	SOCIETE MUTUALISTE CHIRURGICALE ET COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
775 657 521	MMJ
775 659 907	MUTUELLE MIEUX-ETRE
775 659 923	UMEN
775 662 869	FMP
775 666 332	MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES
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	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE RATP
775 671 993	MUTUELLE BLEUE
775 678 550	MUTUELLE GENERALE DES CHEMINOTS
775 678 584	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	MOBILITE MUTUELLE
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
777 927 120	VIA SANTE
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
779 558 428	MUTUELLE LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX
779 846 849	SO'LYON MUTUELLE
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 & PLUS
781 065 412	MUTUELLE DU GRAND PORT MARITIME DU HAVRE
781 166 210	MUTUELLE 403
781 166 293	MUTUELLE SMATIS FRANCE
781 343 249	MUTUELLE SOLIMUT CENTRE OCEAN
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 ALPES DU SUD
782 723 118	MUTUELLE CNM
782 814 727	MUTAME PROVENCE
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
783 737 638	MUTUELLE DU BATIMENT TRAVAUX PUBLICS & REGIONS FRANCE & EUROPE
783 747 793	CHORALIS - MUTUELLE LE LIBRE CHOIX
784 227 894	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE DE LA VILLE DE PARIS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DES ADMINISTRATIONS ANNEXES - MCV PAP
784 301 434	CDC MUTUELLE

784 301 475	MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
784 312 860	MUTUELLE DES ANCIENS DE NATIXIS
784 338 600	SOCIETE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA SNECMA
784 338 618	MCEN
784 360 661	MUTUELLE DU MONDE COMBATTANT
784 394 363	MUTUELLE 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	LA 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	MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE
784 718 355	MUTUELLE DES CHAMBRES DE COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE
784 718 397	MUTUELLE VALEO
785 151 689	LES MENAGES PREVOYANTS
785 280 884	MUTUELLE DES INDUSTRIES AERONAUTIQUES SPATIALES ET CONNEXES
785 721 671	MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE DE LA REGION SUD EST DE PARIS
788 108 546	MUTUELLE UNION DU COMMERCE ET DES SCOP