

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ
MEDIATION DE LA
CONSOMMATION
2024





L'année 2024 a été marquée par une consolidation des acquis de la médiation de la consommation de la Mutualité Française, dans un contexte réglementaire et sectoriel en pleine mutation. Les réformes majeures en matière de 100% Santé, de prévoyance et invalidité, et d'épargne retraite (PER), ainsi que les évolutions technologiques et économiques, ont profondément influencé notre activité.

Un bilan positif malgré les défis

Les chiffres de 2024 témoignent d'une stabilisation de notre activité, avec une légère baisse des saisines enregistrées, mais surtout une hausse des saisines recevables et une diminution des irrecevables. Cette tendance reflète une meilleure compréhension des procédures par les adhérents et les mutuelles, ainsi qu'une montée en compétence collective dans la gestion des litiges.

Nous avons maintenu un délai de 11 jours pour notifier la recevabilité, confirmant ainsi l'efficacité et la réactivité de notre organisation. Ce délai, en baisse par rapport à l'année précédente, témoigne de notre volonté d'améliorer continuellement la qualité du service rendu aux adhérents.

Cependant, le délai entre la décision et la fin de la médiation a augmenté, en raison de la complexité croissante des dossiers, notamment ceux liés aux réformes des retraites et aux calculs de rente en prévoyance.

Des solutions équilibrées et adaptées

En 2024, 27% des propositions de solutions ont été favorables aux adhérents. Cette répartition équilibrée montre que notre approche reste juste et impartiale, tout en tenant compte des spécificités de chaque dossier. Les litiges ont principalement porté sur des questions techniques, comme les prestations dentaires et optiques, les calculs de rente en prévoyance, et les modalités de résiliation des contrats.

Perspectives pour 2025

L'année 2025 s'annonce riche en défis, avec des réformes structurelles dans le domaine de la protection sociale. Nous resterons vigilants pour accompagner ces changements et garantir que les droits des adhérents soient toujours respectés.

Antoine Lamon

Médiateur de la Mutualité Française

• EDITORIAL.....	2
• SOMMAIRE.....	3
• INTRODUCTION.....	4
• CONTEXTE REGLEMENTAIRE ET SECTORIEL	5
• PROCEDURE DE MEDIATION : CADRE JURIDIQUE ET ETAPES CLES.....	6
▪ L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN CHIFFRES	8
• TYPOLOGIE DES LITIGES EN 2024	11
• LES PROPOSITIONS DE SOLUTION	13
• ORGANISATION	15
• FOCUS SUR DES ENJEUX CLES DE LA MEDIATION	16
• RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES	19
• CONCLUSION	27
• ANNEXES	28

En 2024, la médiation de la consommation de la Mutualité Française s'est inscrite dans une dynamique marquée par la consolidation de ses acquis, tout en évoluant dans un environnement réglementaire et sectoriel en constante mutation. Ce dispositif a fédéré 165 mutuelles adhérentes, illustrant ainsi la forte mobilisation et l'engagement des organismes mutualistes autour de la médiation.

Au cours de cet exercice, 1 731 saisines ont été traitées, soit une diminution modérée de 116 dossiers par rapport à l'exercice précédent. Cette légère baisse du nombre total de saisines enregistrées témoigne d'une évolution du contexte, sans pour autant remettre en cause l'activité soutenue du dispositif.

Par ailleurs, il convient également de souligner que le nombre de saisines recevables a augmenté en 2024, atteignant 792 contre 614 en 2023. Cette augmentation pourrait s'expliquer principalement par une meilleure connaissance du dispositif par les adhérents.

Les indicateurs de performance demeurent globalement satisfaisants, avec un délai moyen de 11 jours pour la notification de la recevabilité (contre 12 jours en 2023) et 792 saisines recevables instruites. Toutefois, le délai entre la décision et la clôture de la médiation s'est allongé pour atteindre 276 jours (+122 jours par rapport à 2023), conséquence directe de la complexification des dossiers, notamment en lien avec les réformes des retraites, de la prévoyance et du dispositif 100% Santé.

Sur les 338 propositions de solutions formulées, 27 % ont été rendues en faveur des adhérents (contre 29 % en 2023), 67 % en faveur des mutuelles et 4 % n'ont pas donné lieu à une décision favorable à l'une ou l'autre des parties, illustrant ainsi le maintien d'un équilibre juste et impartial dans le traitement des litiges.

Plusieurs réformes récentes majeures ont affecté la mutualité, impactant la pratique et les règles de la médiation, notamment en matière de consommation.

➤ Évolution des conditions de médiation

- Depuis la généralisation de la médiation de la consommation, le recours est ouvert dès une réclamation écrite unique, ce qui a réduit le nombre de dossiers prématurés mais augmenté la charge sur les médiateurs.
- Les nouvelles modalités visent à faciliter l'accès à la médiation sans multiplier les démarches préalables pour les consommateurs.

➤ 100% Santé et Complémentaire Santé Solidaire

La réforme du « 100% Santé » (reste à charge zéro en optique, dentaire, audiologie) a généré de nombreux litiges liés à la compréhension et à la couverture de certains actes, multipliant les demandes de médiation et les questions de clarté contractuelle.

➤ Loi sur la résiliation infra-annuelle

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 permet la résiliation sans frais, à tout moment après la première année, des contrats de complémentaire santé. Cette mesure, entrée en vigueur dès décembre 2020, a augmenté le nombre de réclamations et litiges concernant la résiliation ou le changement d'organisme, complexe à traiter en médiation.

➤ Réforme 2019-2023 : obligation de médiation préalable pour litiges < 5 000 €

Depuis la réforme de 2019 et sa mise en application renforcée en 2023, toute personne souhaitant engager une action en justice pour un litige portant sur un montant inférieur à 5 000 euros doit obligatoirement justifier d'une tentative préalable de résolution amiable, telle que la médiation, la conciliation ou la procédure participative. Ce dispositif étend le champ de la médiation dans tous les types de litiges, favorisant globalement le développement de la culture amiable, y compris pour les mutuelles.

➤ Impact sur la médiation

L'augmentation significative du nombre et de la complexité des dossiers, notamment liés à la rupture d'indemnisation, aux refus croisés d'indemnisation entre assureurs, ou encore à la résiliation de garanties, reflète l'évolution des enjeux traités en médiation aujourd'hui.

➤ PROCEDURE DE MEDIATION : CADRE JURIDIQUE ET ETAPES CLES

La médiation de la consommation repose sur un dispositif encadré par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC), garantissant l'indépendance et l'impartialité des médiateurs. Issue d'une directive européenne transposée en droit français en 2015, elle impose à toute entreprise en relation avec le public de proposer un recours gratuit pour régler les litiges de la vie courante.

➤ Cadre juridique de la médiation de la consommation

Conformément à l'article L. 611-2 du Code de la consommation, la médiation de la consommation s'applique aux litiges, qu'ils soient nationaux ou transfrontaliers, opposant un consommateur à un professionnel. Ce dispositif couvre, par principe, l'ensemble des professionnels, sans distinction de secteur ou de statut.

➤ Définition des parties concernées

Au sens de l'article liminaire du Code de la consommation :

Le professionnel désigne toute personne physique ou morale, publique ou privée, agissant dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale, libérale ou agricole, y compris lorsqu'elle intervient pour le compte d'un autre professionnel.

Le consommateur est défini comme toute personne physique agissant à des fins étrangères à son activité professionnelle, commerciale, industrielle, artisanale, libérale ou agricole.

➤ Champ d'application de la médiation

Dès lors qu'un différend survient entre un consommateur et un professionnel, que ce soit dans le cadre d'une relation contractuelle ou précontractuelle, il peut être soumis à un médiateur de la consommation. Ce mécanisme vise à offrir une solution amiable et équitable, en dehors des voies judiciaires traditionnelles.

➤ Champ d'intervention du médiateur de la Mutualité Française

Le médiateur de la Mutualité Française intervient exclusivement en langue française pour régler les litiges opposant un adhérent à sa mutuelle dans les domaines de la complémentaire santé et de la prévoyance.

- Avant de saisir le médiateur, l'adhérent doit avoir préalablement tenté de résoudre son différend directement avec sa mutuelle au moyen d'une réclamation écrite. Cette réclamation écrite doit soit avoir reçu une réponse négative de la part de la mutuelle, soit ne pas avoir obtenu de réponse dans un délai de deux mois à compter de son envoi.

- Les demandes sont irrecevables lorsqu'elles sont infondées ou abusives, lorsqu'elles font ou ont fait l'objet d'un examen par un autre médiateur ou un tribunal, lorsqu'elles sont introduites plus d'un an après la réclamation écrite initiale adressée à la mutuelle ou lorsqu'elles ne relèvent pas du champ de compétence du médiateur de la Mutualité Française.
- La médiation ne peut être engagée si une réclamation est en cours d'examen par le service clientèle de la mutuelle, si des négociations directes sont engagées entre l'adhérent et sa mutuelle, si une tentative de conciliation a été ordonnée par un tribunal saisi du litige ou si le litige concerne des services de santé fournis par des mutuelles du Livre 3 du Code de la mutualité.
- En cas d'irrecevabilité du litige, le médiateur informe l'adhérent du rejet de sa demande dans un délai de trois semaines à compter de la réception du dossier.

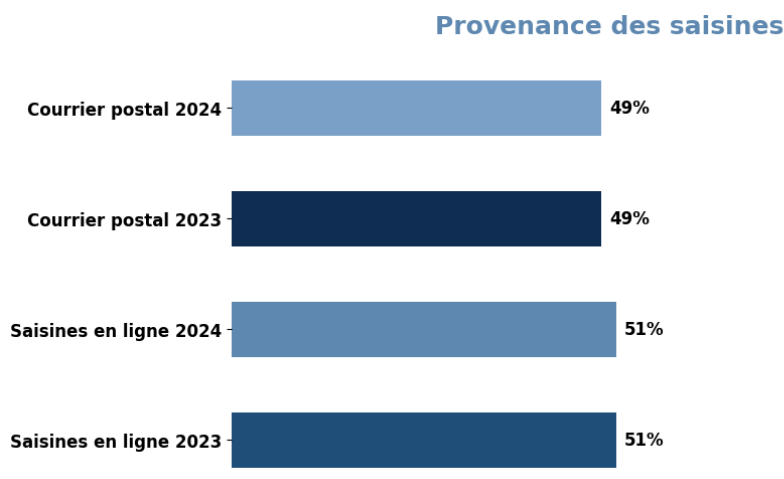
➤ **Procédure de médiation : étapes et cadre légal**

- La procédure de médiation est encadrée par les articles R.612-1 à R.612-5 du Code de la consommation. Dès réception des documents sur lesquels est fondée la demande de l'adhérent, le médiateur vérifie la recevabilité de celle-ci. Si la demande est recevable, il notifie sa saisine aux parties par voie électronique ou par courrier simple. Il est précisé aux parties qu'elles peuvent se retirer du processus de médiation à tout moment, conformément à l'article R.612-2.
- Le médiateur peut communiquer aux parties, à leur demande, tout ou partie des pièces du dossier. En l'absence d'accord amiable entre les parties, il leur propose une solution pour régler le litige, comme le prévoit l'article R.612-3.
- L'avis du médiateur est transmis par courrier. Dans cette notification, le médiateur rappelle que les parties sont libres d'accepter ou de refuser son avis et que celui-ci peut différer d'une décision de justice. Chaque partie conserve ses droits pour saisir la justice si elle le souhaite. Les effets juridiques de l'acceptation de l'avis sont également rappelés, et un délai est fixé aux parties pour faire connaître leur décision d'acceptation ou de refus, conformément à l'article R.612-4.
- La décision du médiateur est notifiée aux parties dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception du dossier complet, tel que spécifié dans la charte de la médiation de la Mutualité Française.
- La confidentialité des éléments fournis par les parties est assurée par une équipe dédiée à la médiation. Cette équipe, placée sous la seule autorité du médiateur, reçoit les demandes, ouvre et instruit les dossiers.

▪ L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN CHIFFRES

Au 1er janvier 2024, **165 mutuelles** adhérentes à la Fédération Nationale de la Mutualité Française ont choisi la médiation de la consommation de la Mutualité Française.

La provenance des saisines



Le graphique montre une stagnation de la répartition entre les saisines en ligne (51 %) et le courrier postal (49 %) pour les années 2023 et 2024. Pour favoriser les démarches dématérialisées, nous engageons une démarche de refonte de notre site internet. Cette évolution permettra de :

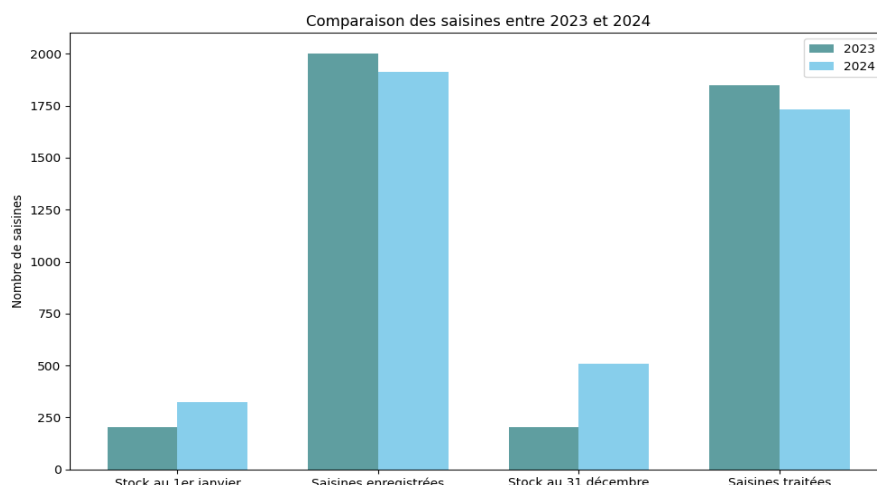
- ➔ Améliorer la visibilité des procédures en ligne grâce à une interface intuitive et optimisée pour le référencement naturel.
- ➔ Simplifier le traitement des saisines grâce à des formulaires optimisés et un suivi automatisé, pour une expérience fluide et efficace.
- ➔ Réduire les coûts et notre impact environnemental

Les saisines et leur recevabilité

En 2024, la médiation a traité **1 731 saisines**, soit une légère baisse de **116 dossiers** par rapport à 2023. Cette diminution s'explique par une meilleure gestion des réclamations en amont, réduisant ainsi le nombre de saisines nécessitant une médiation.

- ➔ **Stock au 1er janvier 2024** : 325 (+120 par rapport à 2023)
- ➔ **Saisines enregistrées** : 1 914 (-86 par rapport à 2023)
- ➔ **Stock au 31 décembre 2024** : 508 (+303 par rapport à 2023)

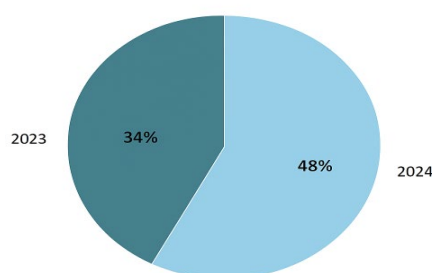
Évolution des saisines (2023 vs 2024)



Sur les **1 731 saisines traitées** en 2024 :

- ➔ **291** étaient hors champ de la médiation.
- ➔ **648** étaient irrecevables (contre 870 en 2023)
- ➔ **792** étaient recevables (contre 614 en 2023),
 - Dont 233 closes en cours d’instruction (contre 253 en 2023)
 - **90 %** des cas ont abouti à un **accord sans proposition de solution**, la **mutuelle donnant raison à l’adhérent**. Ce taux témoigne de la capacité de la médiation à rétablir l’équité sans recours à des arbitrages complexes.

Taux de recevabilité des saisines



Analyse de l'évolution des demandes de médiation

Le nombre total de demandes adressées à la médiation, et en particulier celles jugées recevables, progresse continuellement chaque année depuis la recommandation émise par l'ACPR de 2022. Cette croissance soutenue du volume de saisines entraîne logiquement une augmentation du stock de dossiers à traiter par la médiation.

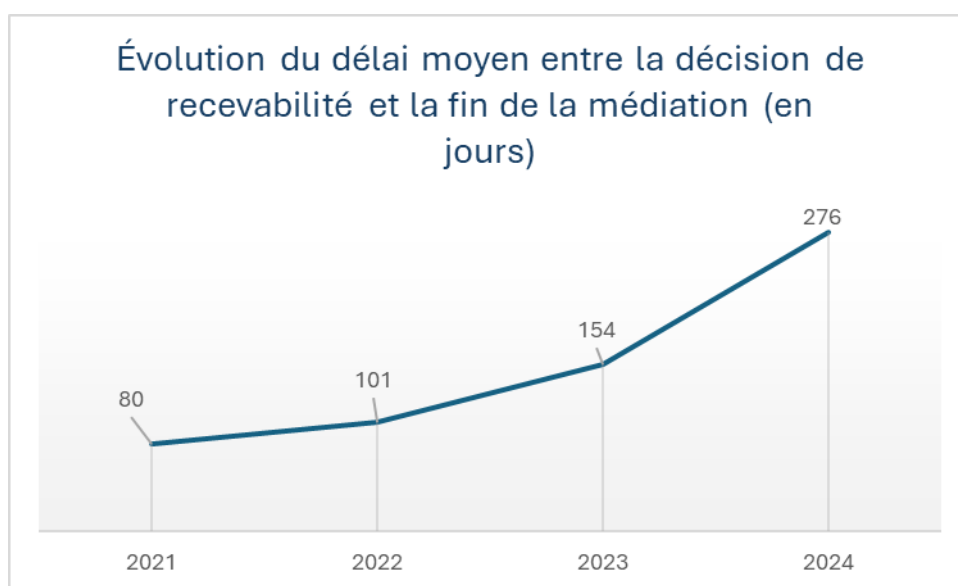
Cette évolution traduit avant tout un intérêt croissant des adhérents pour le recours à la médiation. Elle témoigne également d'une meilleure connaissance de ce dispositif de résolution des litiges par les assurés.

Les motifs d'irrecevabilité

Motif d'irrecevabilité	% du total
Le consommateur ne justifie pas avoir tenté de résoudre son litige directement auprès du professionnel	64,35 %
La demande est manifestement infondée ou abusive	0,46 %
Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou un tribunal	0,46 %
Demande introduite plus d'un an après la réclamation écrite auprès du professionnel	0,15 %
Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur	34,57 %

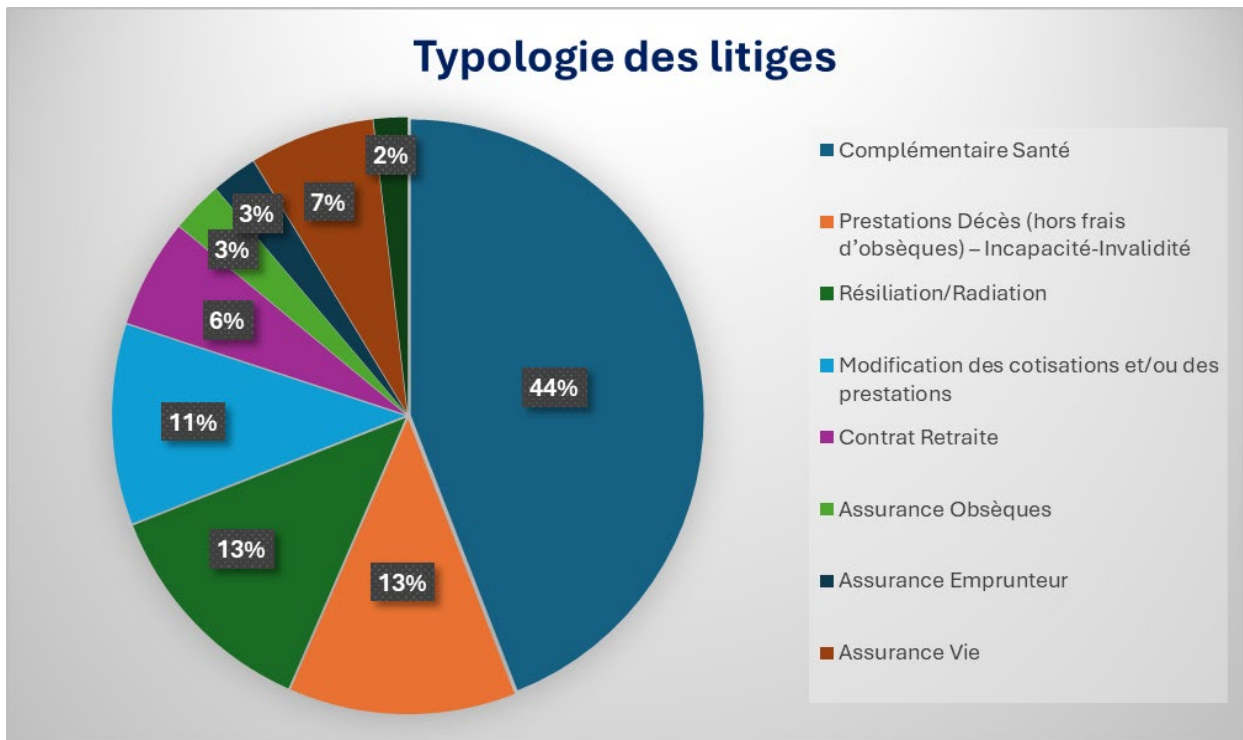
Les délais de traitement

- ➔ Délai pour la décision de recevabilité : 11 jours (-1 jour par rapport à 2023).
- ➔ Délai entre la décision et la fin de la médiation : 276 jours (+122 jours par rapport à 2023), en raison de la complexité accrue des dossiers



Analyse de l'évolution des délais

Entre 2021 et 2024, le délai moyen entre la décision de recevabilité et la fin de la médiation est passé de 80 à 246 jours. Cette augmentation s'explique principalement par la complexité croissante des dossiers liée aux réformes réglementaires, ainsi que l'évolution des pratiques contractuelles et des attentes des adhérents. Ces changements ont nécessité des analyses plus approfondies et des échanges supplémentaires pour garantir des solutions adaptées et conformes. Malgré ce contexte exigeant, la médiation a maintenu ses engagements en matière de qualité et d'impartialité, en privilégiant des solutions équilibrées et respectueuses des droits des parties.



Analyse des litiges par nature

En 2024, les litiges traités par le service révèlent des tendances significatives dans le secteur de l'assurance, marquées par les attentes des assurés et les évolutions du marché. La **complémentaire santé** se distingue comme le domaine le plus concerné, avec une forte présence des prestations dentaires, des cures thermales, et des prestations d'optique. Ces sous-catégories illustrent les défis liés à l'accès aux soins spécialisés et à la gestion des remboursements, soulignant l'importance d'une communication claire sur les garanties et les conditions de prise en charge.

Les **prestations liées au décès, à l'incapacité et à l'invalidité** occupent également une place notable, avec une prédominance des indemnités journalières et des capitaux décès. Ces litiges mettent en lumière la nécessité d'un accompagnement attentif et d'une gestion transparente pour répondre aux besoins des assurés dans des situations souvent complexes et sensibles.

Les **modifications de cotisations ou de garanties** sont un autre sujet de préoccupation, avec des litiges portant sur les changements de garanties, les paiements des cotisations, et les augmentations de tarifs. Ces ajustements, souvent liés à l'évolution économique, appellent à une communication renforcée pour garantir la compréhension des assurés et maintenir leur confiance.

Les **assurances emprunteur** révèlent des enjeux spécifiques, notamment autour de l'invalidité, de la perte d'emploi, des contestations sur le capital, mais également de la fausse déclaration et du questionnaire de santé. En effet, la souscription à une assurance emprunteur implique souvent de remplir un questionnaire de santé, dont la précision et la sincérité des réponses conditionnent la validité du contrat. Les litiges surviennent fréquemment lorsque l'assureur estime qu'une fausse

déclaration, intentionnelle ou non, a été faite lors de la souscription, ce qui peut entraîner l'annulation du contrat ou la réduction des prestations.

Les **contrats retraite** et **assurance vie** soulèvent des questions sur les rachats, les liquidations, et les bénéficiaires, illustrant la nécessité d'une information claire sur les conditions de valorisation et de transmission des capitaux. Ces litiges, bien que moins fréquents, touchent à des enjeux financiers importants et nécessitent une attention particulière.

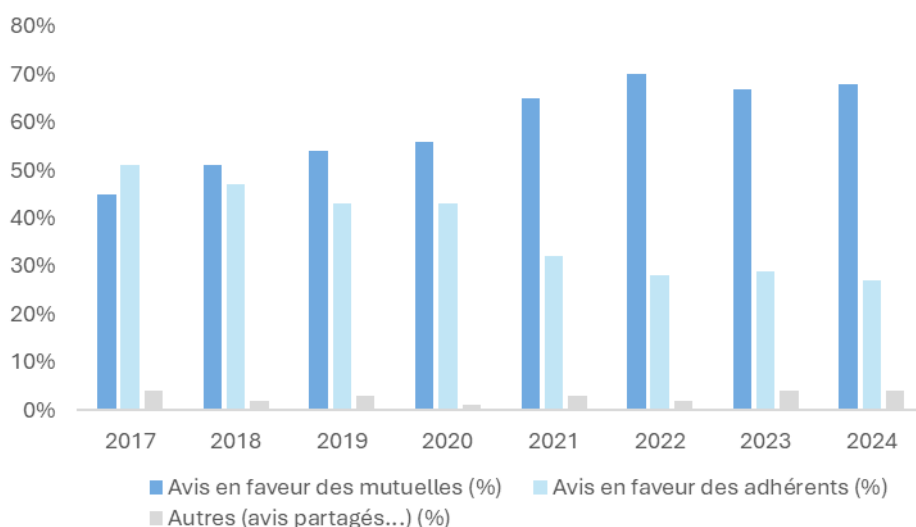
Les **questions liées à l'adhésion et au défaut d'information** rappellent l'importance d'une communication complète et accessible dès la souscription. Ces éléments, bien que moins nombreux, jouent un rôle clé dans la prévention des incompréhensions et dans la construction d'une relation de confiance avec les assurés.

Enfin, les **litiges liés à la résiliation** émergent comme un point d'attention croissant. Les assurés rencontrent parfois des difficultés liées aux délais de résiliation, aux modalités de remboursement des cotisations, ou encore à la compréhension des conditions de sortie.

En 2024, la Médiation de la Mutualité Française a émis 338 propositions de solution, soit une légère baisse de 6,4 %. **Sur les 338 propositions de solutions notifiées aux parties :**

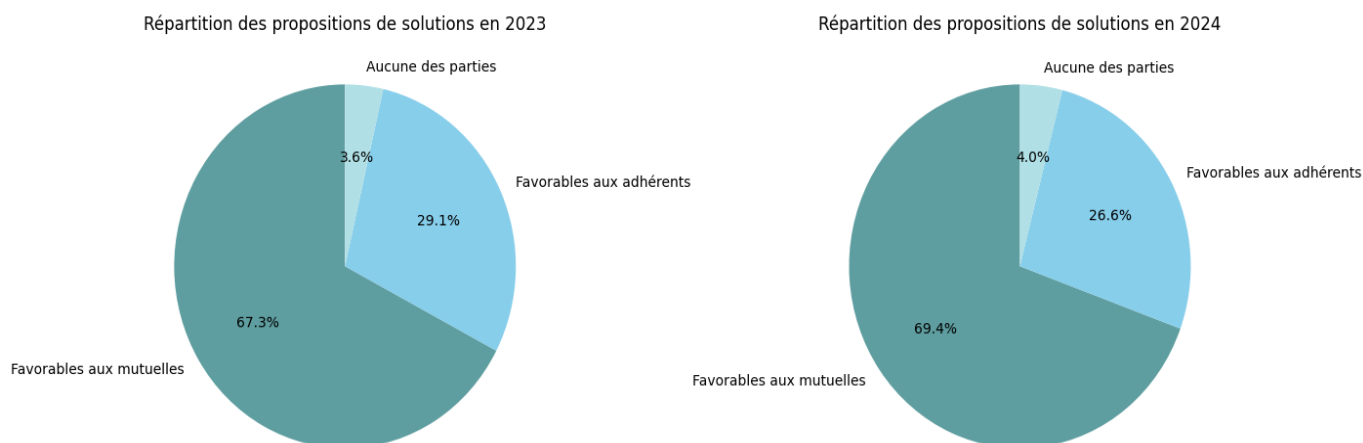
- ➔ 231 ont été rendues en faveur des mutuelles,
- ➔ 93 en faveur des adhérents,
- ➔ 14 dossiers en faveur d'aucune des parties,
- ➔ Stabilisation des solutions en faveur des mutuelles : 67% (2023) à 68% (2024), après 70% (2022).

Evolution et répartition du nombre de propositions de solutions

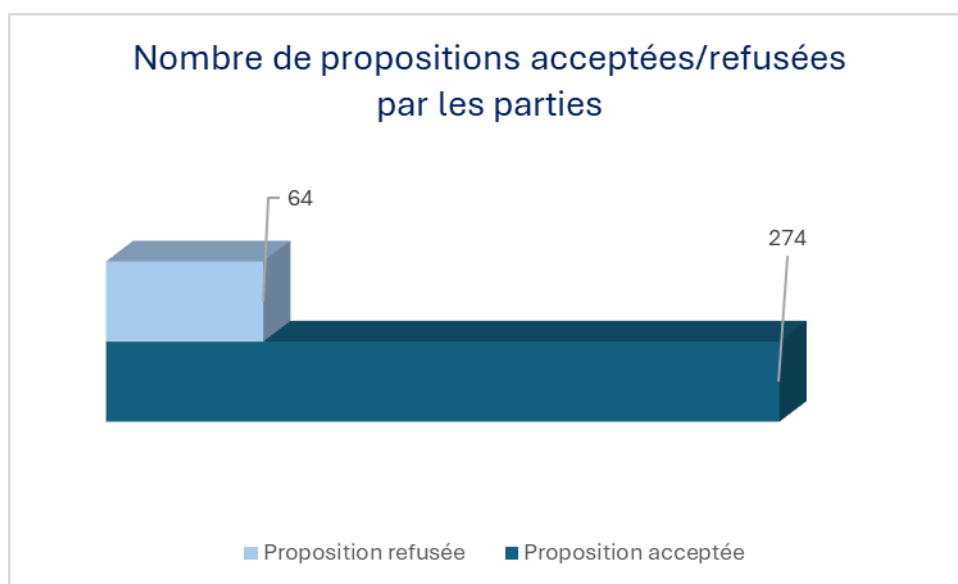


Depuis 2021, les avis confirmant les positions des mutuelles ont augmenté. Cette progression positive peut s'expliquer par plusieurs facteurs. En améliorant la clarté des garanties, les mutuelles permettent aux assurés de comprendre plus facilement ce qui est couvert ou non, limitant ainsi les mauvaises surprises au moment du remboursement. Par ailleurs, l'efficacité accrue dans l'exécution des contrats rassure les clients sur la fiabilité de leur couverture santé, tandis qu'une gestion mieux organisée des réclamations réduit les délais de traitement et augmente la transparence dans la résolution des litiges.

Répartition des propositions de solutions (2023 vs 2024)



Proportion des acceptations et des refus

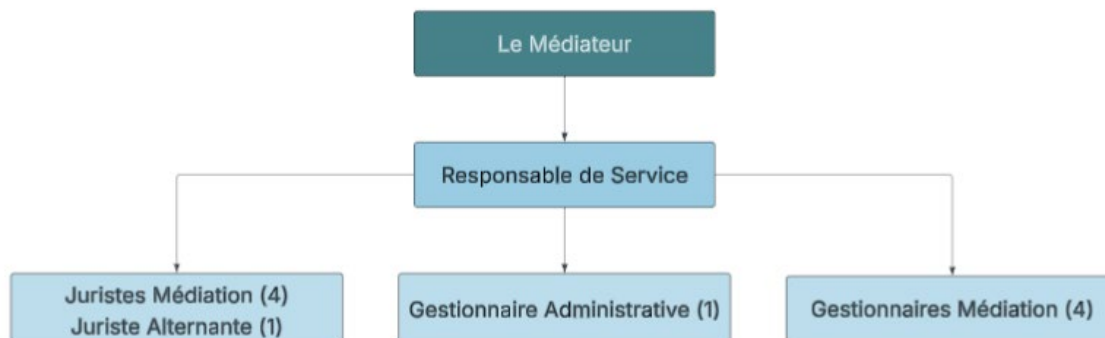


Sur l'ensemble des propositions de solution formulées par la Médiation en 2024, une part significative a été acceptée par les parties concernées. Plus précisément, la majorité des propositions ont été acceptées par les mutuelles, confirmant la tendance observée les années précédentes où la proportion d'acceptations en faveur des mutuelles est restée stable, passant de 67 % en 2023 à 68 % en 2024. À l'inverse, une part plus réduite des propositions a été acceptée par les adhérents, traduisant un équilibre entre les intérêts des deux parties. Les refus restent marginaux, ce qui témoigne d'un niveau élevé de confiance dans l'impartialité et la pertinence des solutions proposées par la Médiation. Cette répartition illustre la capacité de la Médiation à proposer des solutions équilibrées et acceptées par la grande majorité des acteurs concernés.

Le refus du consommateur s'élève à 54 cas, tandis que le refus du professionnel se limite à 10 cas. Ces chiffres illustrent la forte propension des acteurs à accepter les propositions de la Médiation, les refus restant minoritaires au regard du nombre total de solutions notifiées.

En 2024, les effectifs sont restés constants, tout en faisant preuve d'une grande capacité d'adaptation. Dans le cadre de la réorganisation de la Fédération de la Mutualité Française, la Médiation s'est mobilisée pour assurer la continuité des missions et répondre efficacement aux besoins du service. Cette organisation flexible témoigne de notre engagement à maintenir un haut niveau de qualité et de réactivité, même dans un contexte en pleine mutation.

Organigramme de la Médiation



Face à l'augmentation du nombre de saisines, la Médiation a entrepris un renforcement de ses effectifs, notamment par le recrutement de juristes supplémentaires, et envisage de se doter prochainement d'outils d'intelligence artificielle afin d'optimiser le traitement et l'analyse des dossiers.

L'intermédiation

En 2024, la médiation a constaté un nombre significatif de réclamations liées aux contrats distribués par des courtiers et gérés par des délégataires de gestion. Ces situations posent un enjeu majeur en termes d'information, de conseil et de responsabilité.

➔ Responsabilité de l'assureur et du courtier

- L'activité de courtage, qui constitue une intermédiaire entre le candidat à l'adhésion et la mutuelle porteuse du risque, occasionne un grand nombre de litiges liés au devoir d'information et de conseil précontractuels insuffisamment respectés.
- Il est impératif que les mutuelles s'assurent que leurs contrats de courtage précisent clairement la nature et le périmètre des responsabilités du courtier, qui doit être identifié comme un tiers distinct de l'assureur. Le courtier doit justifier du recueil des besoins des adhérents et formaliser les conseils donnés (article L. 521-4 du Code des assurances).
- L'assureur (la mutuelle) demeure responsable de la gestion du contrat d'assurance et des conséquences des manquements de ses intermédiaires dans le cadre de la jurisprudence constante sur la chaîne de distribution. Il doit mettre en place un contrôle rigoureux des pratiques de ses distributeurs (art. L. 516-1 du Code des assurances, gouvernance produit) et veiller à la conformité réglementaire de l'ensemble de la chaîne.
- La multiplicité des acteurs rend souvent complexe l'identification de l'interlocuteur pertinent pour la saisine du médiateur. Cela engendre des délais supplémentaires dans l'instruction des dossiers et alourdit la charge opérationnelle du service de médiation qui doit élucider la responsabilité exacte. Les recommandations encouragent une meilleure identification et traçabilité des rôles pour faciliter le traitement et réduire la durée des médiations.

La multiplication des intervenants et la complexité accrue des pratiques commerciales entraînent une charge importante pour la médiation. L'identification des responsabilités est souvent délicate, ce qui allonge la durée des traitements de dossiers et peut retarder les réponses aux adhérents.

La médiation recommande aux mutuelles de contractualiser strictement avec leurs intermédiaires, de garantir la transparence auprès des adhérents (notamment sur l'identité des acteurs intervenants), et de surveiller étroitement les pratiques commerciales afin d'éviter des situations préjudiciables.

Cette recommandation s'appuie sur les textes récents de la Directive DDA, les articles L. 511-1 à L. 522-6 du Code des assurances, les recommandations ACPR 2022-R-01 relatives au traitement des réclamations, ainsi que sur le support juridique Mutualité Française 2025. Elle constitue un levier important pour améliorer la qualité du service rendu aux adhérents et la fluidité des procédures de médiation.

La portabilité des contrats mutualistes

La portabilité des contrats de complémentaires santé constitue un enjeu majeur pour les adhérents confrontés à des changements professionnels ou à une cessation d'activité. Le rapport de médiation 2024 met en lumière plusieurs difficultés récurrentes affectant la bonne mise en œuvre de ce dispositif, génératrices de litiges. Il est donc nécessaire d'émettre des préconisations claires à destination des mutuelles afin de garantir une application conforme, transparente et protectrice des droits.

→ Rôle de l'employeur

L'employeur est tenu de souscrire un contrat collectif de complémentaire santé pour ses salariés (articles L911-1 et suivants du Code de la sécurité sociale) et, au moment de la cessation du contrat de travail, d'informer précisément l'ancien salarié sur le droit à la portabilité des garanties conformément à l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale.

L'employeur doit transmettre rapidement et de manière précise à l'organisme assureur les données nécessaires (date de fin de contrat, statut de l'adhérent, durée d'adhésion, etc.). Toute défaillance dans cette obligation engage sa responsabilité et peut être source de recours auprès des instances de médiation.

→ Cadre réglementaire et conditions d'éligibilité

La portabilité prévue par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale et l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité doit être expliquée clairement à chaque adhérent au moment de la cessation du contrat collectif ou du changement de situation ouvrant droit à la portabilité.

La portabilité garantit le maintien gratuit des garanties santé collective pendant une durée maximale égale à celle d'affiliation au contrat collectif (dans la limite de 12 mois), conformément à l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale.

La mutuelle doit informer formellement l'adhérent sur la durée maximale de maintien des garanties en portabilité, ses conditions d'usage, et ses modalités spécifiques de gestion.

Toute information contradictoire, incomplète ou confuse sur ces points est source de contestations.

→ Respect strict de la continuité de la couverture

Au titre de la portabilité, la couverture doit être maintenue sans interruption, comme le précise l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité. Ce principe est fondamental pour éviter la rupture de droits au moment où les adhérents sont souvent vulnérables (chômage, transition, retraite).

Les mutuelles, en tant qu'organismes preneurs, doivent veiller à ce que les formalités de résiliation auprès de l'organisme cédant soient promptes et effectives.

La preuve de la notification de résiliation par l'organisme cédant est essentielle pour fixer la prise d'effet de la portabilité.

La gestion des cotisations en portabilité doit être transparente et conforme au cadre réglementaire, en particulier sur les périodes de franchise et les bases de calcul.

➔ Prévention des litiges et optimisation des procédures

L'expérience de la médiation révèle une méconnaissance fréquente des adhérents sur leurs droits en portabilité. Les litiges liés à la portabilité alourdissent significativement la charge des services de médiation et génèrent des délais préjudiciables pour les adhérents.

La mise en place d'un circuit interne dédié au traitement rapide des demandes et réclamations relatives à la portabilité est fortement recommandée.

La traçabilité des échanges et la conservation rigoureuse des preuves (notifications, avenants, communications) sont indispensables pour sécuriser les dossiers et faciliter la résolution amiable en cas de litige.

L'article L221-10-2 du Code de la mutualité impose aux mutuelles de garantir la continuité sans interruption de couverture, notamment lors des transitions entre contrats collectifs et individuels.

➔ Indemnisation chômage et portabilité

Le bénéfice de la portabilité est strictement conditionné au maintien des droits à l'indemnisation chômage (article L911-8 du CSS) :

- Si le salarié perd ses droits à l'allocation chômage (fin de droit ou reprise d'activité), la portabilité prend fin, sauf souscription d'une couverture individuelle.
- En cas de création d'entreprise, la portabilité peut se poursuivre si l'adhérent conserve ses droits d'indemnisation chômage. Sinon, il doit souscrire un contrat individuel.

Le dispositif perdure tant que le contrat collectif n'est pas résilié. En cas de liquidation judiciaire, la portabilité s'applique dès lors que le contrat collectif demeure en vigueur. Cependant, la résiliation du contrat en procédure collective ou liquidation amiable de l'employeur entraîne la disparition automatique du maintien des garanties. Le liquidateur est alors tenu d'en informer les bénéficiaires du droit à portabilité, conformément à l'article L.641-11-1 du code de commerce.

Les cotisations dues pour le maintien des garanties en portabilité appliquent strictement les plafonds réglementaires, déterminés par le décret applicable selon la date d'adhésion à la portabilité payante (Loi Évin), soit le décret n°90-769 du 30 août 1990 pour les adhésions antérieures au 1er juillet 2017, soit le décret n°2017-372 du 21 mars 2017 pour les adhésions postérieures. Le respect de ces plafonds est contrôlé par le médiateur et doit faire l'objet d'une information transparente et anticipée au bénéficiaire.

Enfin, pour prévenir les ruptures de droits et optimiser la fluidité des procédures, il est recommandé aux organismes et employeurs de mettre en place des circuits dédiés à la gestion de la portabilité, d'assurer une traçabilité parfaite des échanges et de transmettre une information actualisée à chaque étape. Toute modification ou cessation du contrat collectif doit systématiquement être notifiée au salarié et, le cas échéant, au liquidateur en cas de procédure collective.

Ces mesures contribueront à réduire la charge des services de médiation et à améliorer la satisfaction des adhérents, en diminuant le nombre de litiges liés à des ruptures ou incompréhensions en matière de portabilité.

RECOMMANDATIONS DE LA MEDIATION 2024



ESTIMATION DE REMBOURSEMENT ET MODIFICATION DE GARANTIES

EXPOSE DES FAITS

En 2024, plusieurs litiges relatifs à l'information sur la modification de garanties en cours de contrat m'ont interpellé et, spécifiquement, un litige portant sur une modification de garantie intervenue pendant la durée de validité de l'estimation de remboursement.

Dans l'affaire qui m'a été soumise, la mutuelle a transmis le 7 février 2023 à l'adhérent (affilié à un contrat collectif à adhésion facultative) une estimation de remboursement portant sur un acte dentaire.

Les soins dentaires ont été réalisés le 25 septembre 2023. Entre temps, une modification de garanties est entrée en vigueur au 1^{er} mars 2023.

La mutuelle a remboursé un montant moindre de celui indiqué sur son estimation de remboursement consécutivement à la modification de garanties.

Les compléments de remboursement versés par la mutuelle ont été contestés par l'adhérent.

En l'occurrence, j'ai dû analyser la validité de l'estimation de remboursement malgré la modification de garanties et si la mutuelle pouvait engager sa responsabilité à la suite de l'établissement de l'estimation de remboursement.

ANALYSE DU LITIGE

L'estimation de remboursement est un document délivré par l'organisme mutualiste qui permet d'informer le membre participant à un moment précis de ses droits au titre de son contrat complémentaire santé.

Concernant les estimations de remboursement, une mutuelle peut engager sa responsabilité lors de la transmission d'une information inexacte ayant induit l'adhérent en erreur sur la nature et l'étendue de ses droits à remboursement.

L'estimation de remboursement d'un organisme mutualiste est basée sur les éléments fournis par le praticien de l'adhérent (devis). En effet, après réception des éléments du praticien, la mutuelle établit son estimation de remboursement.

Certaines estimations de remboursement indiquent une durée de validité, souvent de 3 ou 6 mois. Or, l'estimation de remboursement, qui vise à délivrer une information sur le montant des remboursements auxquels peut prétendre l'adhérent, doit se conformer à la garantie.

Dès lors, tant que la garantie est valable et applicable, l'estimation de remboursement n'est pas susceptible de varier. La durée de validité de l'estimation de remboursement doit être calquée sur la durée de validité de la garantie.

En cas de soins à exécution successive, tels les soins dentaires, l'estimation établie par la mutuelle doit faire application des tarifs prévus par la garantie en vigueur, sauf si ces soins devaient être réalisés à une date postérieure à la date d'échéance annuelle.

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.

S'agissant des modifications contractuelles en cours d'exécution du contrat, dans le cadre des opérations collectives, l'article L221-6 du Code de la mutualité dispose que " [...] la mutuelle ou l'union établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. [...]

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle ou de l'union à chaque membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants par avenant au contrat collectif signé dans les conditions prévues au II de l'article L. 221-5, l'employeur ou la personne morale souscriptrice est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle ou par l'union, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. [...]".

Il s'avère également opportun de rappeler le régime de la modification des garanties contractuelles dans le cadre des opérations individuelles.

En effet, l'article L221-5 du Code de la mutualité prévoit que " [...] 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.

Lorsque les statuts délèguent au conseil d'administration l'adoption des règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, leur modification fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire. [...]".

En l'espèce, compte tenu du fait que l'estimation de remboursement (7 février 2023) a été réalisée juste avant la modification de garanties (1^{er} mars 2023), cette estimation de remboursement aurait été valable même en cas de modification des garanties.

Toutefois, étant donné que l'adhérente était affiliée à un contrat collectif à adhésion facultative et que l'information sur la modification des garanties reposait sur le souscripteur et non l'organisme mutualiste, j'ai estimé qu'il ne pouvait valablement enjoindre la mutuelle à prendre en charge des actes dentaires isolés au titre du tableau de garanties devenu caduc.

RECOMMANDATION

Je recommande donc aux mutuelles de respecter une période de validité de l'estimation de remboursement, période s'étendant jusqu'à la prochaine modification de garanties notifiée en bonne et due forme aux membres participants.

En effet, les garanties fixées par l'estimation de remboursement délivrée à l'adhérent n'ont pas lieu d'être modifiées si aucune modification de garantie contractuelle n'a été notifiée aux membres participants.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE SUR LES CONTRATS A FONDS PERDUS

EXPOSE DES FAITS

Dans l'affaire qui m'a été soumise, l'adhérent avait souscrit un contrat collectif décès à adhésion facultative, incluant une garantie temporaire décès.

La mutuelle avait pris la décision de résilier le contrat cadre collectif à son échéance annuelle, entraînant par conséquent la résiliation du contrat de l'adhérent.

L'adhérent contestait la résiliation de son contrat et sollicitait notamment le remboursement de l'ensemble des cotisations qui ont été versées depuis son adhésion et jusqu'à la résiliation du contrat.

La mutuelle opposait un refus à la demande de l'adhérent. Premièrement, la mutuelle indiquait avoir exercé son droit de résiliation annuelle en application des dispositions légales en vigueur. Deuxièmement, elle soulignait que le contrat souscrit par l'adhérent présentait la particularité de couvrir un risque sur une période déterminée. Dès lors, si le risque, c'est-à-dire le décès ne survient pas pendant la période de couverture du contrat, aucune prestation ne sera due à l'assuré, et en cas de résiliation, les cotisations versées resteront définitivement acquises à l'assureur.

ANALYSE DU LITIGE

Concernant la résiliation du contrat collectif cadre par la mutuelle, l'article L.221-10 du Code de la mutualité instaure le principe de la résiliation à échéance annuelle des contrats collectifs d'assurance décès. Il permet à la mutuelle de mettre fin au contrat collectif tous les ans, en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance.

En l'espèce, la mutuelle a correctement suivi la procédure prévue, puisque la résiliation a été effectuée dans le respect des délais établis par l'article L.221-10 du Code de la mutualité. Par conséquent, j'ai constaté que la résiliation du contrat collectif décès prononcée par la mutuelle était conforme aux dispositions légales et contractuelles en vigueur.

Concernant la demande de remboursement des cotisations, il convient de préciser, à titre préalable, que le contrat souscrit par l'adhérent est une assurance temporaire décès qui prévoit le versement, à un ou plusieurs bénéficiaires expressément désignés, d'une prestation en cas de décès de l'assuré souscripteur pendant la durée du contrat.

Le principe de cette garantie temporaire décès repose sur des cotisations dites à fonds perdus. En d'autres termes, l'adhérent est tenu de payer des cotisations sans que cela implique automatiquement le versement du capital décès aux bénéficiaires désignés. Dès lors, le paiement des cotisations n'est pas corrélé à la mise en œuvre de la garantie.

En effet, à l'inverse de certains contrats comme les assurances vie de capitalisation, où l'adhérent a la possibilité de récupérer les versements effectués tout au long de l'exécution du contrat, les cotisations versées au titre d'un contrat d'assurance temporaire décès permettent d'assurer l'éventuelle survenance du risque : si le décès ne survient pas pendant l'exécution du contrat, comme cela a été le cas en l'espèce, les cotisations versées ne sont pas récupérables par l'adhérent et demeurent acquises à l'assureur.

Au vu de ces éléments, j'ai constaté que la mutuelle avait d'une part, valablement résilié le contrat cadre collectif d'assurance décès, dans le respect des dispositions légales et contractuelles, et d'autre part, valablement refusé de faire droit à la demande de remboursement des cotisations.

RECOMMANDATION

Je recommande aux mutuelles de préciser, de manière claire et explicite, dans les documents précontractuels, le caractère du contrat souscrit par l'adhérent qui repose sur des cotisations à fonds perdus.

En effet, un nombre important d'adhérents ayant souscrit un contrat d'assurance obsèques ou d'assurance décès ne sont pas correctement informés, pendant la phase précontractuelle, que ce type de contrat porte sur des cotisations à fonds perdus et que celui-ci ne donne pas lieu au règlement d'un capital intégrant toutes les cotisations versées depuis la souscription.

A ce sujet, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF), dans un avis en date du 8 octobre 2024, met en lumière un manque de lisibilité globale des informations précontractuelles fournies au moment de la souscription sur le fonctionnement de ces contrats.

J'encourage ainsi les mutuelles à informer clairement l'adhérent, dès la phase précontractuelle, que si celui-ci est amené à cotiser sur une longue période, le total des cotisations qu'il aura versées pourrait excéder le capital garanti, sans possibilité de récupérer une somme équivalente à ces cotisations.

Dans la pratique, il serait donc opportun de fournir aux adhérents un tableau comparatif visant à illustrer la cotisation annuelle et le montant cumulé des cotisations qu'ils sont susceptibles de verser chaque année pour le capital garanti. Cela leur permettrait notamment d'identifier le moment où le montant cumulé des cotisations versées excéderait le capital garanti.

L'ANNULATION SYSTÉMATIQUE DU CONTRAT POUR FAUSSE DÉCLARATION

EXPOSE DES FAITS

Dans le cadre d'un dossier, les adhérents avaient rempli un questionnaire de santé lors de leur souscription à une assurance emprunteur. L'adhérente a été placée en arrêt de travail le 6 avril 2020 et a sollicité une indemnisation.

Une première expertise médicale, réalisée le 14 octobre 2021, avait conclu que l'incapacité de travail de l'adhérente était justifiée depuis le début de son arrêt, et des prestations ont donc été versées jusqu'au 31 mars 2023. Une seconde expertise, diligentée le 1^{er} avril 2023, date à laquelle l'adhérente a été mise en invalidité, a conclu à la consolidation de son état de santé. Le médecin expert a également constaté que le questionnaire de santé comportait des réponses inexactes, alors que le rapport médical établissait l'existence d'antécédents non déclarés lors de l'adhésion. Une fausse déclaration intentionnelle a donc été retenue à l'encontre de l'adhérent, ce qui a entraîné l'annulation de son contrat ainsi qu'une demande de remboursement de prestations indument versées.

L'adhérente demandait le rétablissement de son contrat ainsi que la prise en charge de ses mensualités, contestant le caractère intentionnel de la fausse déclaration.

La mutuelle, au contraire, soutenait que le questionnaire rempli par l'adhérente ne reflétait pas la réalité de son état de santé, ce qui avait conduit à une sous-estimation du risque, alors même que les questions étaient claires et précises, d'autant plus que l'adhérente était une professionnelle de santé.

ANALYSE DU LITIGE

Il s'agit ici de faire respecter le principe d'exécution de bonne foi des contrats, prévue à l'article 1104 du Code civil. L'article L.113-2 du Code des assurances prévoit notamment que les assurés sont dans l'obligation de répondre exactement aux questions posées par leur organisme assureur. L'objectif étant de permettre aux organismes assureurs d'apprécier exactement le risque qu'il propose de garantir.

L'article L.221-14 du Code de la mutualité prévoit que la fausse déclaration intentionnelle est caractérisée par la volonté de l'adhérent de tromper son organisme assureur sur le risque à assurer ou assuré de façon intentionnelle. Cumulativement, cette fausse déclaration doit avoir changé l'objet du risque ou diminué l'opinion du risque pour la mutuelle. La sanction en découlant est l'annulation du contrat sans restitution des cotisations versées par l'adhérent.

L'article L.221-15 du Code de la mutualité prévoit, quant à lui, que pour la fausse déclaration non intentionnelle, il faut « *une omission ou une déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie* ». Celle-ci entraîne non pas la nullité du contrat 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 la majorité des cas rencontrés 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* ». ».

Il revient donc à la mutuelle de prouver l'inexactitude de la déclaration de l'adhérent ainsi que de son intention de tromper. Dans la pratique, la sincérité de l'adhérent peut être appréciée au regard de ses

réponses données aux questions posées par la mutuelle. Pour cela, les questions doivent être précises, les termes généraux utilisés doivent être explicités et les questions doivent contenir une date butoir (à court terme, par exemple 5 ans) pour les incidents à déclarer.

En l'espèce, après analyse du questionnaire de santé, j'ai constaté un manque de clarté pour certaines questions s'illustrant par l'utilisation de termes généraux non définis tel que « maladie » et l'absence de limite dans le temps pour des soins à déclarer. Ce qui m'a conduit à considérer que le questionnaire n'était pas suffisamment clair et précis pour l'adhérente. Aussi, j'ai relevé que l'adhérente avait établi sa bonne foi en transmettant tous ses documents médicaux faisant état de ses antécédents. Le caractère intentionnel de la fausse déclaration n'était donc pas rempli.

Ainsi, cette proposition de solution a été rendue en équité partiellement en faveur de l'adhérente. S'agissant d'une fausse déclaration non intentionnelle, compte tenu de la rédaction ambivalente des questions litigieuses, il a été recommandé à la mutuelle de rétablir le contrat de l'adhérente et de réaliser un rééquilibrage dudit contrat, afin de tenir compte de la majoration du risque par l'augmentation des cotisations et/ou en prévoyant, pour les risques futurs, une exclusion contractuelle liée à la pathologie non déclarée initialement.

RECOMMANDATION

Tout d'abord, je tiens à signaler une nette diminution du nombre de dossiers en la matière et souligner l'effort réalisé par les mutuelles dans la rédaction des questionnaires de santé.

Toutefois, malgré une amélioration notable du traitement de ce sujet par les mutuelles, je constate que certains organismes mutualistes continuent de procéder à la résiliation en retenant d'office l'existence d'une fausse déclaration intentionnelle sans apporter la preuve du caractère intentionnel de l'omission ou de la déclaration inexacte.

Je tiens à rappeler que même si la fausse déclaration est avérée, celle-ci ne revêt pas systématiquement un caractère intentionnel.

Par conséquent, je préconise aux mutuelles d'être vigilantes et de ne prononcer l'annulation du contrat que lorsqu'elles peuvent apporter la preuve au dossier que l'adhérent a eu l'intention de tromper lors de sa déclaration.

A défaut, seule la fausse déclaration non intentionnelle peut être opposée à l'adhérent. Dans ce cas, les mutuelles se doivent de procéder au rééquilibrage du contrat en augmentant le montant des cotisations de l'adhérent au regard de la majoration du risque, et, le cas échéant, en prévoyant des exclusions de garantie.

CONSEIL AU SOUSCRIPTEUR D'UNE GARANTIE RENTE DEPENDANCE

EXPOSE DES FAITS

En l'espèce, l'adhérent avait souscrit un contrat de prévoyance intégrant le versement d'une rente dépendance. Puis, l'adhérent a été diagnostiqué comme souffrant de la maladie d'Alzheimer et a été placé en EHPAD jusqu'à son décès.

Ses enfants ont alors découvert le contrat souscrit par leur défunt père et ont demandé à la mutuelle le versement de la rente dépendance à effet rétroactif de 24 mois. Ils faisaient valoir que leur père aurait dû bénéficier de cette rente mais qu'à raison de son état de santé, il avait été dans l'impossibilité de la réclamer ; et qu'il n'avait jamais averti ses enfants de l'existence de son contrat.

La mutuelle sollicitée refusait la prestation au motif que la garantie dépendance est une garantie personnelle qui s'éteint au décès de l'adhérent bénéficiaire.

ANALYSE DU LITIGE

La rente dépendance est une prestation financière versée par la mutuelle à la personne devenue dépendante, c'est-à-dire l'adhérent lui-même, pour compenser la perte d'autonomie et lui permettre de financer des aides ou un EHPAD. Cette rente est strictement personnelle et viagère : elle est versée tant que l'adhérent est vivant et reconnu en état de dépendance. Les contrats d'assurance dépendance prévoient explicitement que la rente cesse au décès de l'adhérent, comme tel était le cas du contrat en l'espèce.

Par essence, la survenance d'une affection neurodégénérative accroît la probabilité pour l'adhérent de ne plus se souvenir d'avoir souscrit une garantie dépendance, et pour l'entourage de ne pas en avoir connaissance. Pour autant, la perte de mémoire, même totale, n'a pas d'incidence sur la transmissibilité de la rente.

En effet, la rente dépendance est conçue pour couvrir les besoins de la personne dépendante tant qu'elle est vivante. A son décès, le risque assuré disparaît, et le contrat s'éteint pour cette garantie. La rente dépendance n'est pas transmissible, contrairement à un contrat d'assurance vie : elle ne peut donc être versée à un tiers ou à ses héritiers, même en cas de perte de mémoire ou d'incapacité mentale de l'adhérent.

J'ai constaté que s'il était établi que l'adhérent n'avait pas la capacité de mettre en œuvre sa garantie, les requérants (représentants légaux de l'adhérent) n'avaient pas veillé pleinement à ses intérêts, les échéanciers faisant apparaître clairement la garantie rente dépendance. J'ai conclu que la mutuelle avait fait une stricte application des dispositions contractuelles et que les enfants requérants ne pouvaient prétendre au versement de la prestation dépendance, malgré les circonstances qui présidaient à cette demande.

Cette solution bien que respectueuse des règles de droit, peut heurter les membres de l'entourage d'un souscripteur qui se trouve lésé à double titre par sa maladie.

J'invite donc les mutuelles à délivrer une information pédagogique à leurs adhérents qui choisissent de souscrire une garantie rente dépendance, afin qu'ils puissent avertir leurs proches de l'existence d'un tel contrat afin de ne pas se trouver privés ultérieurement de leurs droits.

Par ailleurs, il est utile de rappeler que l'ACPR (revue ACPR- septembre 2023) a mené une enquête et plusieurs contrôles auprès des assureurs sur les contrats comportant des garanties dépendance, *“au regard de la vulnérabilité particulière de la population concernée par ces garanties”*. L'ACPR indique que ces actions ont permis de dégager plusieurs *“axes d'amélioration concernant principalement l'information sur le coût de la dépendance et les situations concrètes de dépendance couvertes par le contrat ainsi que les pratiques concernant la date effective de prise en charge, souvent trop tardive”*.

CONCLUSION

L'année 2024 a confirmé la maturité opérationnelle de la médiation de la consommation de la Mutualité Française, dans un contexte réglementaire et sectoriel en pleine mutation. Les réformes, ainsi que les évolutions technologiques et économiques, ont profondément influencé notre activité.

Les chiffres 2024 témoignent d'une stabilisation qualitative, avec une hausse des saisines recevables et une amélioration de la répartition des solutions. Les recommandations 2024-2025 visent à renforcer l'information précontractuelle, optimiser la gestion contractuelle, et s'adapter aux évolutions réglementaires et technologiques.

L'intégration de l'intelligence artificielle offre de nouvelles perspectives pour optimiser l'analyse et la gestion des dossiers, tout en garantissant l'impartialité du processus. Il est essentiel de maintenir une veille active sur les évolutions réglementaires et technologiques afin d'anticiper les mutations du secteur et d'accompagner au mieux les adhérents et les mutuelles.

Dans un environnement en constante mutation, la médiation reste un outil essentiel pour réguler les relations entre adhérents et mutuelles, en incarnant les valeurs d'équité, de transparence et de solidarité.

Antoine LAMON
Médiateur de la Mutualité Française

ANNEXES

ANNEXE 1 - CHARTE DE LA MEDIATION DE LA CONSOMMATION

ANNEXE 2 - LISTE DES MUTUELLES ADHERENTES A LA MEDIATION



CHARTRE DE LA MÉDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

PREAMBULE

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

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

ARTICLE 1 – LE MEDiateur

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

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

Le Médiateur exerce sa mission en totale impartialité.

ARTICLE 2 – CHAMP D'APPLICATION

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

Ne peuvent être examinés par le Médiateur :

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



ARTICLE 3 – SAISINE

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

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

ARTICLE 4 – COORDONNEES ET MODALITES DE CONTACT

Le Médiateur peut être saisi :

- 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 ;

- par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

ARTICLE 5 – GRATUITE DE LA PROCEDURE

La médiation est gratuite pour l'adhérent.

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

ARTICLE 6 – OBLIGATIONS DES PARTIES

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

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

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



ARTICLE 7 – ARRET DE LA PROCEDURE

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

ARTICLE 8 – IMPARTIALITE - CONFLIT D'INTERETS

Le Médiateur ne peut recevoir aucune instruction des parties. Le Médiateur **répond aux exigences d'indépendance** validées par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC). Le Médiateur agit en toutes circonstances de manière impartiale et se comporte de manière équitable vis-à-vis des parties. Il veille à conserver sa capacité d'écoute tout au long de la médiation.

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

ARTICLE 9 – PRESCRIPTION

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

ARTICLE 10 – DELAIS DE REPONSE ET DE TRAITEMENT

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

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

ARTICLE 11 – PROPOSITION DE SOLUTION

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

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

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

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



ARTICLE 12 – NOTIFICATION

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

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

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

Mutuelles adhérentes à la Médiation de la Consommation de la Mutualité Française

SIREN	RAISON SOCIALE
301 862 769	MUTUELLE SMH
302 476 536	LA MUTUELLE CATALANE
302 766 852	MUTUELLE DES TRANSPORTS EN COMMUN DE L'AGGLOMERATION TROYENNE
302 927 553	APICIL MUTUELLE
302 976 568	MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES
302 976 592	AVENIR MUTUELLE
302 999 115	LA FRATERNELLE MUTUELLE INTERENTREPRISES
305 007 171	MUTUELLE DES ETUDIANTS DE BRETAGNE ATLANTIQUE MAINE (SMEBA)
308 708 650	MCLR
309 104 099	LA MUTUELLE VERTE
309 244 648	MUTUELLE ENTRENOUS
310 259 221	MUTUELLE D'IVRY (LA FRATERNELLE)
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
313 309 080	LES MUTUELLES LIGERIENNES
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
337 082 060	MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE (MGP)

339 198 939	MUTAC
340 359 900	INTEGRANCE
342 211 265	MUTUELLES DE LORRAINE
347 391 948	MUTUELLE DU CHU ET HOPITAUX DU PUY-DE-DOME
348 099 789	MUTUELLE PROVENCE ENTREPRISES
351 956 537	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
379 718 653	MUTUELLE NATIONALE DES PERSONNELS AIR FRANCE (MNPAF)
382 046 464	MUTUELLE NATIONALE DU PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS MICHELIN
383 143 617	SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
384 253 605	MUTLOG GARANTIES
388 213 423	MUTUELLE GENERALE SOLIDARITE DE LA REUNION
388 887 259	MUTUELLE DES ELUS LOCAUX
390 802 619	MUTUELLE LA SECURITE ASTURIENNE
390 820 058	MUTUELLE D'ENTREPRISES SCHNEIDER ELECTRIC
390 917 953	MUTUELLE DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS DU SUD EST (MBTP SE)
390 953 222	SOCIETE MUTUALISTE INTERDEPARTEMENTALE DE BANQUE
391 036 183	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS
391 322 849	MUTUELLE DE LA DEPECHE DU MIDI
391 346 236	NUOMA MUTUELLE
391 396 397	SOCIETE DE PREVOYANCE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
391 398 351	MUTUELLE NATIONALE DES CONSTRUCTEURS ET ACCEDANTS A LA PROPRIETE
391 399 227	GARANCE
391 526 225	MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE
397 742 958	MUTUELLE DE FRANCE DES HOSPITALIERS
407 879 709	SOCIETE MUTUALISTE INTER-ENTREPRISES (SMIE)
413 423 005	MUTUELLE DE LA FRANCE MARITIME
419 049 499	ENERGIE MUTUELLE
429 873 706	BANQUE POPULAIRE MUTUALITE
430 270 116	MUTUELLE DE SAINT JUNIEN ET DES ENVIRONS
431 282 581	SOLIMUT MUTUELLE PERSONNELS ORGANISMES SOCIAUX (SOMUPOS)
431 988 021	MUTUELLE EPARGNE RETRAITE
432 162 113	MUTUELLE DES ANCIENS DES CHANTIERS DE LA ROCHELLE-PALLICE
432 683 787	MUTUELLE DE PREVOYANCE ET DE SANTE
433 087 806	MUTUELLE AVENIR SANTE

437 732 191	SOCIETE MUTUALISTE DU SALEVE
437 994 205	MUTUELLE GENERALE INTERPROFESSIONNELLE
438 804 312	MUTUELLE D'ENTRAIDE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE (MEMF)
442 449 278	MUTUELLE VAROISE DES TRAVAILLEURS DE L'ETAT
442 489 084	MG UNION
442 634 564	MUTUELLE DU PERSONNEL DE LA BANQUE POPULAIRE DU SUD
442 671 830	MUTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DES COTES D'ARMOR (MUTEC 22)
442 882 411	MUTUELLE DES RETRAITES AGF ET ALLIANZ
442 907 127	ALLIANCE DES MUTUALISTES DU TRANSPORT ET DU SECTEUR SOCIAL - ALMUTRA
442 930 939	MUTUELLE GEODIS
442 978 086	PAVILLON PREVOYANCE
443 611 504	MUTUELLE TANIN ET PANNEAUX DE LABRUGIERE
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
490 909 454	MUTARIS CAUTION
499 982 098	MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGEFI)
503 380 081	MUTUELLE UNEO
508 400 629	MFPRECAUTION
529 168 007	KLESIA MUT'
775 558 778	MUTUELLE ENTRAIN
775 559 651	MUTUELLE D'ENTREPRISE DU PERSONNEL DE LA SOCIETE DES EAUX DE MARSEILLE
775 597 768	AMELLIS MUTUELLE
775 606 361	MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL
775 627 391	AESIO MUTUELLE
775 641 681	MUTEST
775 657 125	SOCIETE MUTUALISTE CHIRURGICALE ET COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
775 657 521	MUTUELLE DU MINISTERE DE LA JUSTICE (MMJ)
775 659 907	MUTUELLE MIEUX-ETRE
775 659 923	UMEN
775 666 332	MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES
775 671 894	MGP (MUTUELLE GENERALE DE LA POLICE)

775 671 902	MUTUELLE MIP L'ENTREPRISE SANTE (MIP)
775 671 951	AVENIR SANTE MUTUELLE
775 671 969	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE RATP
775 678 550	MUTUELLE GENERALE DES CHEMINOTS
775 678 584	MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT)
775 682 164	TUTELAIRE
775 685 340	LA MUTUELLE GENERALE
775 685 365	INTERIALE MUTUELLE
775 691 132	LA FRANCE MUTUALISTE
775 691 165	CARAC
775 722 655	MUTUELLE RENAULT
776 466 963	BPCE MUTUELLE
776 525 610	MUTAME SAVOIE MONT BLANC
776 949 760	MUTUELLE NATIONALE DES SAPEURS POMPIERS DE FRANCE (MNSPF)
776 950 602	MPOSS
776 950 610	MUTAERO
776 950 677	MUTAMI
777 927 120	MUTUELLE VIASANTE
778 213 678	MUTUELLE MOS
778 588 111	MUTUELLE D'ENTREPRISE UGINE GUEUGNON & ALZ
778 847 301	SORUAL
778 868 513	LA PREVOYANCE ARTISANALE, COMMERCIALE ET SALARIALE
779 846 849	SO'LYON MUTUELLE
779 926 294	525ÈME MUTUELLE D'ENTREPRISES
779 984 921	MUTUELLE DE L'IRSID
780 004 099	ACORIS MUTUELLES
780 349 924	AUBEANE MUTUELLE DE FRANCE
780 508 073	CCMO MUTUELLE
780 508 081	MUTUELLE DE L'OISE DES AGENTS TERRITORIAUX (MOAT)
780 915 898	MUTAME & PLUS
781 065 412	MUTUELLE DU GRAND PORT MARITIME DU HAVRE
781 166 210	MUTUELLE 403
781 848 239	MUTUELLE DE L'ENTREPRISE CITRAM
782 416 127	MUTUELLE DE FRANCE ALPES DU SUD
782 814 727	MUTUELLE MARSEILLE METROPOLE MUTAME PROVENCE (MUTAME)
782 825 343	MUTUELLE DE FRANCE DU LACYDON

782 825 368	MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS
783 005 655	MUTUELLE DE LA CORSE
783 303 209	MUTUELLES DU PAYS HAUT
783 332 448	MUTUELLE GENERALE DES ETUDIANTS DE L'EST
783 376 270	GROUPE DES MUTUELLES INDEPENDANTES
783 747 793	CHORALIS - MUTUELLE LE LIBRE CHOIX
784 117 525	MUTUELLE DES AUTEURS ET COMPOSITEURS DRAMATIQUES
784 227 894	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE DE LA VILLE DE PARIS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DES ADMINISTRATIONS ANNEXES - MCV PAP
784 275 885	MUTUELLE INTERGROUPES D'ENTRAIDE
784 301 434	CDC MUTUELLE
784 301 475	MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
784 338 600	SOCIETE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA SNECMA
784 338 618	MCEN – MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYES DE NOTAIRE
784 360 661	MUTUELLE DU MONDE COMBATTANT
784 394 363	COMPLEMENATIRE ASSURANCE MALADIE INTERDEPARTEMENTALE ET FAMILIALE (CPAMIF)
784 410 771	SOCIETE MUTUALISTE DES AUTEURS COMPOSITEURS ET EDETEURS DE MUSIQUE
784 410 805	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE SOCIETE GENERALE
784 442 899	MUTUELLE NATIONALE DES FONCTIONNAIRES DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
784 442 915	MUTUELLE FAMILIALE
784 451 569	MUTUELLE INTERGROUPES POLIET ET CIMENT FRANCAIS
784 492 084	FRANCE MUTUELLE
784 608 754	MUTUELLE MMH
784 647 323	LAMIE MUTUELLE
784 669 954	SOCIETE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
784 718 207	UNION NATIONALE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE (UNMI)
784 718 256	MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS
784 718 397	MUTUELLE VALEO
785 151 689	MUTUELLE LES MENAGES PREVOYANTS (LMP)
785 280 884	MUTUELLE DES INDUSTRIES AERONAUTIQUES SPATIALES ET CONNEXES
788 108 546	MUTUELLE DES SCOP ET DES SCIC (MUCS)
851 629 162	UNMI'MUT



Médiation

www.mediateur-mutualite.fr