

RAPPORT D'ACTIVITÉ

DU MÉDIATEUR

2025

MUTUALITÉ FRANÇAISE

ÉDITORIAL

Présentation de M. Lamon



Médiateur de la consommation de la Mutualité Française depuis 2017, Antoine LAMON figure sur la liste des médiateurs agréés par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC).

Fort d'un parcours placé sous le signe de l'engagement et de la responsabilité, il s'attache à faire vivre les principes qui fondent la médiation : indépendance, impartialité, écoute et recherche d'une solution équitable.

Après une carrière de trente-trois années dans l'Armée de l'Air, il s'est investi au sein du mouvement mutualiste en exerçant successivement des responsabilités de premier plan à la Mutuelle de l'Armée de l'Air puis à UNEO, dont il a assuré la présidence entre 2014 et 2016. Cette expérience lui confère une connaissance approfondie des attentes des adhérents et des enjeux auxquels sont confrontés les organismes mutualistes, qu'il met aujourd'hui au service d'une médiation exigeante, accessible et tournée vers le dialogue.

Le mot du Médiateur

UNE MÉDIATION TOUJOURS FORTEMENT SOLLICITÉE

La Médiation de la Mutualité Française a connu la même tendance que les autres médiateurs de la consommation sur l'année 2025 : une augmentation du nombre de demandes, avec une hausse significative de 29 % par rapport à 2024. Désormais notre médiation dépasse les deux mille saisines par an.

Cette hausse s'explique par l'intervention de différents facteurs. D'une part, les recommandations ACPR 2022-R-01 et 2024-R-02 des 9 mai 2022 et 2 juillet 2024 ont assoupli les conditions de saisine. En effet, les consommateurs n'ont plus la nécessité d'épuiser toutes les voies de recours internes avant de recourir à la médiation et les mutuelles doivent communiquer le médiateur compétent dès la première réclamation portée à leur connaissance. D'autre part, la notoriété accrue de la médiation auprès des adhérents a permis qu'ils y recourent plus facilement.

UN DISPOSITIF AU CŒUR DES ATTENTES DES ADHÉRENTS

Le recours croissant à la médiation est favorisé notamment par une meilleure information des adhérents sur leurs droits. En 2025, ce sont plus de 25 % des propositions de solution qui ont été rendues en faveur de l'adhérent (en légère diminution par rapport en 2024). Ces résultats démontrent la volonté constante de favoriser des solutions équilibrées et de contribuer au renforcement de la confiance entre les adhérents et les organismes mutualistes.

SOMMAIRE

- SOMMAIRE 4
- INTRODUCTION 5
  - Une activité en constante évolution 6
  - Renforcer la confiance par la médiation 6
- I. UN CADRE EN ÉVOLUTION 7
  - 1. Le cadre réglementaire et institutionnel 8
  - 2. Les évolutions du secteur mutualiste 10
- II. LA MÉDIATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE 11
  - 1. Le rôle du Médiateur 12
  - 2. Les modalités de saisine 12
  - 3. Organisation du service médiation 13
- III. L'activité 2025 en chiffres 15
  - 1. Les chiffres clés de l'année 16
  - 2. Les saisines reçues 17
  - 3. Les dossiers recevables et irrecevables 17
  - 4. Les délais de traitement 17
  - 5. Propositions de solutions 19
  - 6. Typologie des saisines reçues 20
- IV. LES ENSEIGNEMENTS DE L'ANNÉE 22
  - 1. Les principales problématiques rencontrées 23
  - 2. Les tendances observées 23
  - 3. Les points de vigilance identifiés : analyses de cas et recommandations 24
  - 4. Les enseignements pour les mutuelles 37
- V. PERSPECTIVES ET AXES DE PROGRES 38
  - 1. Modernisation et transformation du dispositif 39
  - 2. Perspectives 2026 39
- VI. ANNEXES 40

INTRODUCTION



Une activité en constante évolution

L'année 2025 marque une étape importante dans la transformation et la consolidation de la Médiation de la consommation de la Mutualité Française.

Dans un environnement où les attentes des adhérents en matière de transparence, de réactivité et de qualité de service ne cessent de croître, la médiation confirme son rôle essentiel de tiers de confiance. Plus qu'un simple mode alternatif de règlement des litiges, elle constitue aujourd'hui un véritable outil d'apaisement des relations entre les adhérents et leur mutuelle, tout en contribuant à l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

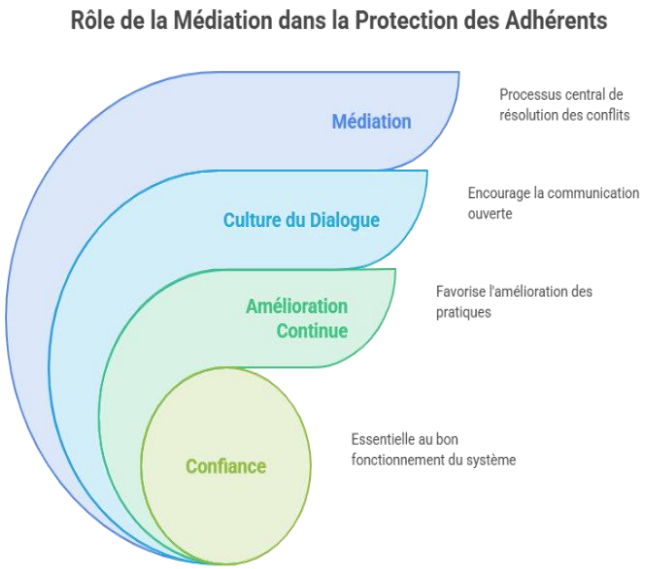
L'exercice 2025 s'est déroulé dans un contexte de forte évolution de notre activité. Malgré une hausse de 29 % de saisines par rapport à l'année 2024 (2083 saisines en 2025 / 1621 en 2024), le service a rédigé 417 propositions de solution. Le taux de recevabilité des saisines a également connu une hausse de 34,1 %.

Aussi, le nombre de saisines reçues, la diversité des situations examinées ainsi que la complexité croissante des dossiers témoignent d'une meilleure connaissance du dispositif par les adhérents et d'un recours accru à la médiation comme voie privilégiée de résolution amiable des différends.

Cette évolution traduit la confiance accordée au dispositif de médiation et la reconnaissance de son utilité dans un contexte où les attentes d'information, de pédagogie et d'accompagnement n'ont jamais été aussi fortes.

Renforcer la confiance par la médiation

Au-delà des indicateurs quantitatifs qui seront présentés dans ce rapport, l'année 2025 confirme une tendance de fond : la médiation occupe une place croissante dans l'écosystème de protection des adhérents. Elle participe à la diffusion d'une culture du dialogue, favorise l'amélioration continue des pratiques des mutuelles et contribue à renforcer la confiance indispensable au bon fonctionnement de notre système de protection sociale complémentaire.



I. UN CADRE EN ÉVOLUTION

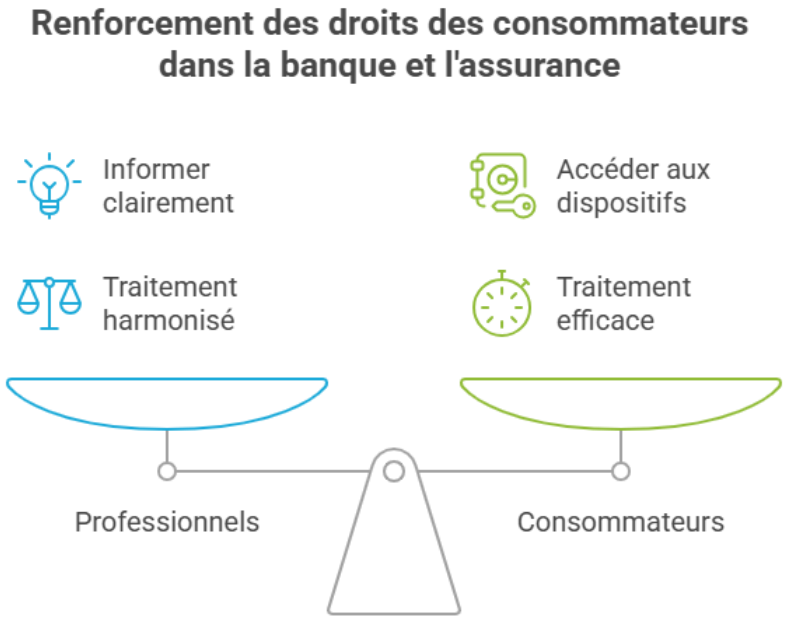
Un environnement règlementaire et sectoriel en transformation



1. Le cadre réglementaire et institutionnel

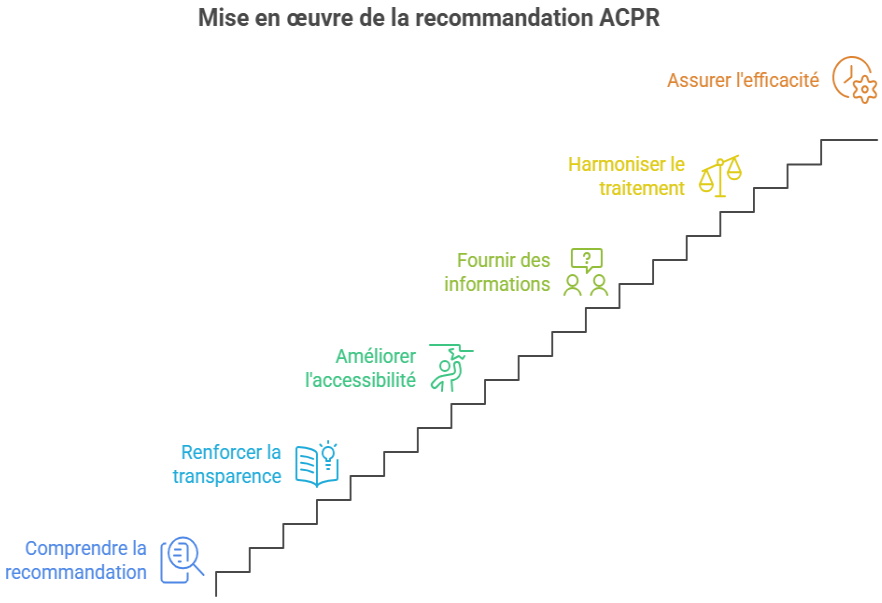
La Recommandation ACPR sur le traitement des réclamations

L'année 2025 constitue la première année pleine d'application de la recommandation 2024-R-02 du 2 juillet 2024 de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), relative au traitement des réclamations dans les mutuelles ou unions de mutuelles, les mutuelles ou unions de retraite professionnelle supplémentaire. Cette recommandation renforce les exigences de transparence, d'accessibilité et d'information des consommateurs concernant les dispositifs de réclamation et de médiation. Elle rappelle notamment que les professionnels doivent informer clairement leurs adhérents de la possibilité de recourir à la médiation et garantir un traitement harmonisé et efficace des réclamations, quel que soit leur canal de réception.



Dans la continuité de la précédente recommandation ACPR de 2022, ce renforcement du cadre de protection de la clientèle a contribué à une meilleure orientation des consommateurs vers les dispositifs de médiation et à une augmentation des saisines recevables. Cette évolution traduit une meilleure connaissance du recours à la médiation par les adhérents ainsi qu'une amélioration progressive de l'information délivrée par les organismes complémentaires. Les données observées au niveau national par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) mettent d'ailleurs en évidence une progression significative du taux de recevabilité des saisines en 2025, témoignant d'une meilleure appropriation des règles de saisine par les consommateurs et les professionnels (49,9 % des saisines recevable en 2025 au niveau national contre 45,3 % en 2024).

Pour le service de la médiation de la Mutualité Française, cette évolution représente à la fois une opportunité et un défi. Elle renforce le rôle de la médiation comme mode privilégié de règlement amiable des litiges tout en nécessitant une adaptation continue des organisations afin d'absorber des volumes de saisines plus importants et de répondre aux exigences accrues de qualité, de traçabilité et de délai de traitement.



Le décret n°2025-660 du 18 juillet 2025 portant réforme de l'instruction conventionnelle et recodification des modes amiables de résolution des différends

➔ Une nouvelle impulsion donnée à la médiation judiciaire

Conformément au nouvel article 1533 du Code de procédure civile, depuis le 1er septembre 2025, tout juge peut désormais enjoindre aux parties de rencontrer un médiateur dans le cadre d'une réunion d'information sur la médiation.

Cette réunion peut, si les parties y consentent, être immédiatement suivie d'une médiation, sans retour préalable devant le juge. Ce mécanisme, dit « deux en un », simplifie l'accès à la médiation judiciaire et favorise une orientation plus directe vers les modes amiables de résolution des litiges.

En cas de refus de comparaître à cette réunion par l'une des parties, une amende civile allant jusqu'à 10 000€ peut être prononcée.

Ces évolutions traduisent la montée en puissance de la médiation et confirment le rôle essentiel des médiateurs dans une société qui place de plus en plus les modes amiables au premier plan.

➔ Situation de la Médiation de la Mutualité Française

Pour rappel, le Médiateur de la Mutualité Française n'est pas concerné par cette mesure, puisqu'il intervient en qualité de médiateur de la consommation, dans un cadre extrajudiciaire.

Lorsqu'un juge ordonne une médiation en application de l'article 1533 du Code de procédure civile, il choisit un médiateur inscrit sur les listes des cours d'appel. Le médiateur de la Mutualité Française, lui, est inscrit sur la liste de la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC).

2. Les évolutions du secteur mutualiste

L'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique.

Cette ordonnance vise à rendre obligatoire la participation des employeurs publics à la prévoyance et à la complémentaire santé des agents comme dans le secteur privé : un nouveau régime de protection sociale complémentaire (PSC) est mis en place. Pour certains secteurs, la prévoyance demeure facultative.

Ce régime est déployé en plusieurs phases, selon le secteur. Dans la fonction publique de l'État, le régime a été décliné par la signature d'un accord unanime en 2022 sur le volet « santé » et d'un accord majoritaire en 2023 sur le volet « prévoyance ».

Au 1er janvier 2025, ce sont donc les agents de la fonction publique de l'État qui ont connu un déploiement progressif avec les contrats collectifs obligatoires en santé.

Ce nouveau régime de PSC en santé prévoit des contrats à adhésion obligatoire et une participation de l'employeur à la cotisation à hauteur de 50 %.

Le nouveau régime de PSC en prévoyance prévoit des contrats à adhésion facultative dans la quasi-totalité des périmètres ministériels (sauf dans les ministères économiques et financiers) et une participation financière de l'employeur à hauteur de 7 € par mois.[1]

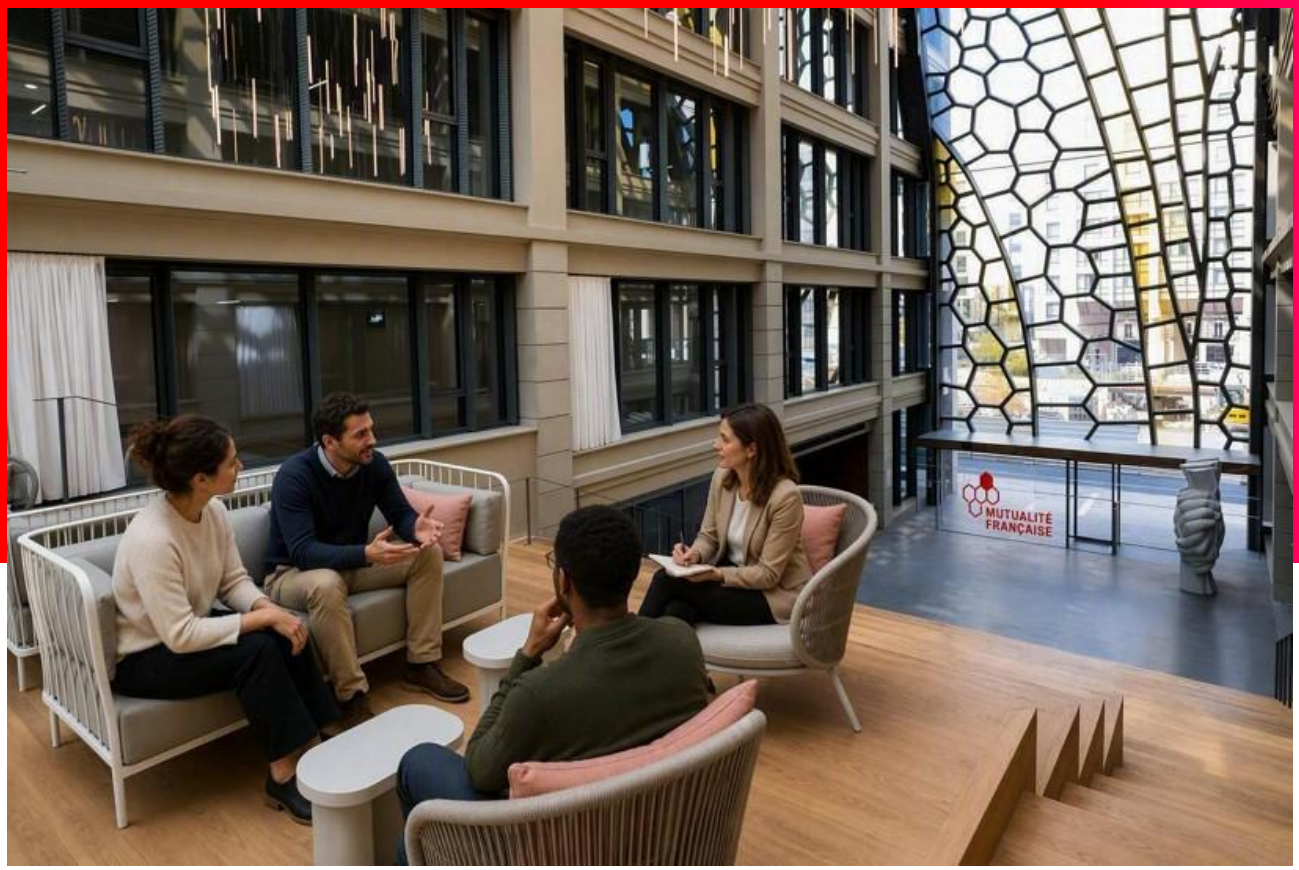
Dans la fonction publique territoriale l'employeur doit participer à la cotisation en prévoyance depuis le 1er janvier 2025 et il devra participer en matière de santé à compter 1er janvier 2026.

Enfin pour la fonction publique hospitalière (FPH) : l'obligation de prise en charge financière à 50 % par l'employeur sera mise en place progressivement. Des négociations sont en cours pour définir les modalités.

[1] https://www.fonction-publique.gouv.fr

II. LA MÉDIATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Une mission au service des adhérents et des mutuelles



1. Le rôle du Médiateur

Placée sous l'autorité de la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC), qui veille au respect des principes d'indépendance, d'impartialité et à la compétence des médiateurs, la médiation de la consommation répond à une ambition forte : permettre aux consommateurs d'accéder à un règlement simple, gratuit et équitable de leurs litiges. Héritière de la directive européenne transposée en droit français en 2015, elle participe pleinement au développement d'une culture du dialogue et de l'amiable, devenue aujourd'hui un complément indispensable à l'action des juridictions

La médiation de la consommation de la Mutualité Française est régie par les dispositions légales et règlementaires, figurant au titre Ier du livre VI du Code de la consommation.

Champs d'application

Le Médiateur, qui exerce en total impartialité, 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.

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.

La médiation est gratuite pour l'adhérent.

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.

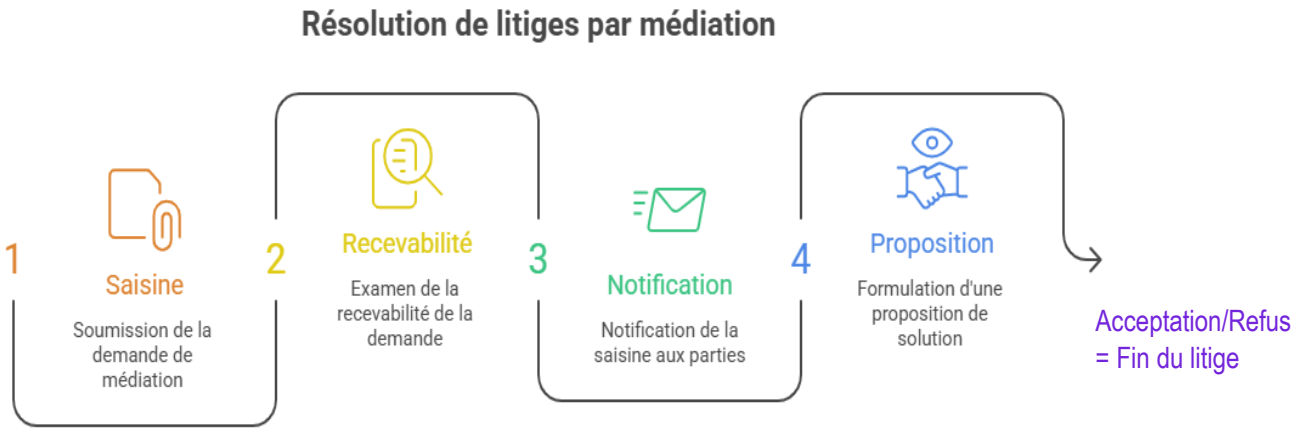
La procédure de médiation est conduite dans un strict devoir de confidentialité et de respect des dispositions du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

2. Les modalités de saisine

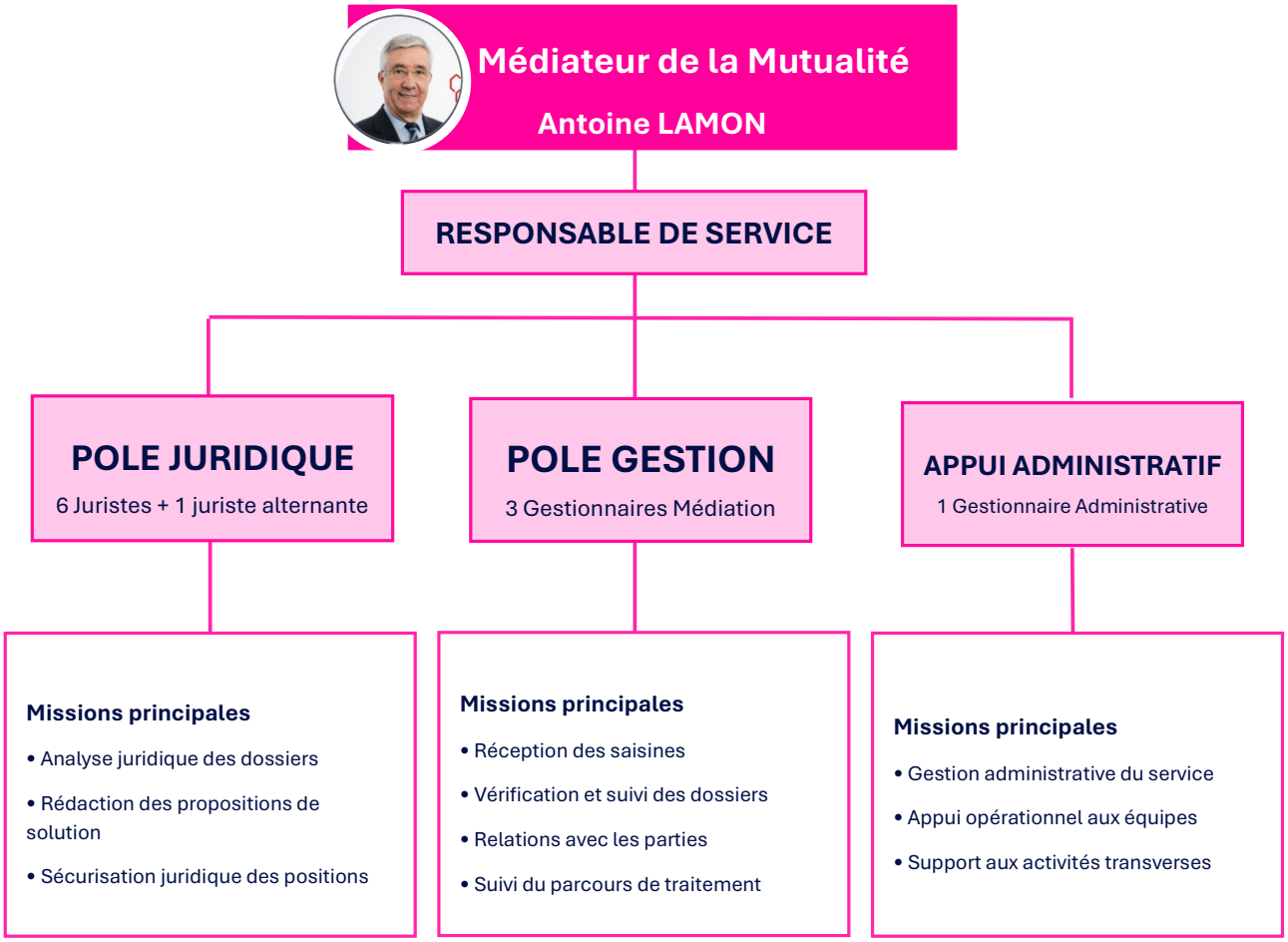
1. La saisine est réalisée par voie électronique (sur le site www.mediateur-mutualite.fr) ou par voie postale (à la FNMF – Paris 15), après avoir obtenu une réponse à sa réclamation écrite auprès de la mutuelle, ou à défaut de réponse de la mutuelle dans un délai de deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite.
2. À réception des pièces sur lesquelles repose la demande de l'adhérent, le Médiateur procède à l'examen de sa recevabilité dans un délai de trois semaines.
3. Lorsque la demande est recevable, il en informe les parties, par voie électronique ou par courrier simple. Elles conservent la faculté de se retirer du processus de médiation à tout moment.
4. Le Médiateur formule une proposition de solution destinée à permettre le règlement du litige dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception du dossier complet ou la notification de la saisine aux parties (article R612-5 Code consommation).

L'avis du Médiateur est notifié aux parties par courrier recommandé avec accusé de réception. Cette notification rappelle que chacune des parties demeure libre d'accepter ou de refuser la proposition formulée et que celle-ci peut différer de la solution qui serait rendue par une juridiction.

Elle précise également que les parties conservent la faculté de saisir la justice. Les effets juridiques attachés à l'acceptation de l'avis sont portés à leur connaissance, de même que le délai imparti pour faire connaître leur décision d'acceptation ou de refus, conformément aux dispositions de l'article R. 612-4 du Code de la consommation.



3. Organisation du service médiation



Principales mutuelles concernées par la médiation en 2025 :

Grands acteurs nationaux

- MALAKOFF HUMANIS MUTUELLE
- AESIO MUTUELLE
- APICIL MUTUELLE
- KLESIA MUT'

Fonction publique et territoires

- MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT)
- MUTUELLE UNÉO

Mutuelles régionales et spécialisées

- MUTUELLE VIASANTÉ
- SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
- MUTUELLE NATIONALE DES CONSTRUCTEURS ET ACCÉDANTS À LA PROPRIÉTÉ (MNCAP).

III. L'ACTIVITE 2025 EN CHIFFRES

Comprendre les tendances et mesurer notre action



1. Les chiffres clés de l’année



2. Les saisines reçues

154 mutuelles adhérentes à la FNMF ont choisi de faire confiance à la médiation de la Mutualité Française :

Évolution des saisines

La médiation de la Mutualité française a reçu plus de 2083 saisines en 2025, avec hausse significative de + 40 % dès le 1er trimestre (cf. graphique ci-dessous).

Canal de saisine

Le canal emprunté par les adhérents est majoritairement la saisine par le biais du site internet avec 75 % des saisines contre 68 % en 2024 et 2023.

3. Les dossiers recevables et irrecevables

La recevabilité :

Sur la recevabilité des saisines, il a été enregistré 1045 saisines non recevables (50%) en 2025 contre 847 en 2024 et 678 en 2023.

Bien que le nombre de saisines irrecevables ait augmenté en valeur absolue par rapport à 2024, leur part dans l'ensemble des dossiers reçus a légèrement diminué. Ainsi, la moitié des saisines reçues en 2025 ont été déclarées recevables et ont pu être instruites par la Médiation.

Les motifs d'irrecevabilité :

Les motifs d'irrecevabilité les plus fréquents sont l'absence de réclamation (50%), l'incompétence du Médiateur de la Mutualité au profit d'autres médiateurs (30%) et les litiges n'entrant pas dans le champ de compétence de la médiation (18 %).

Évolution du stock :

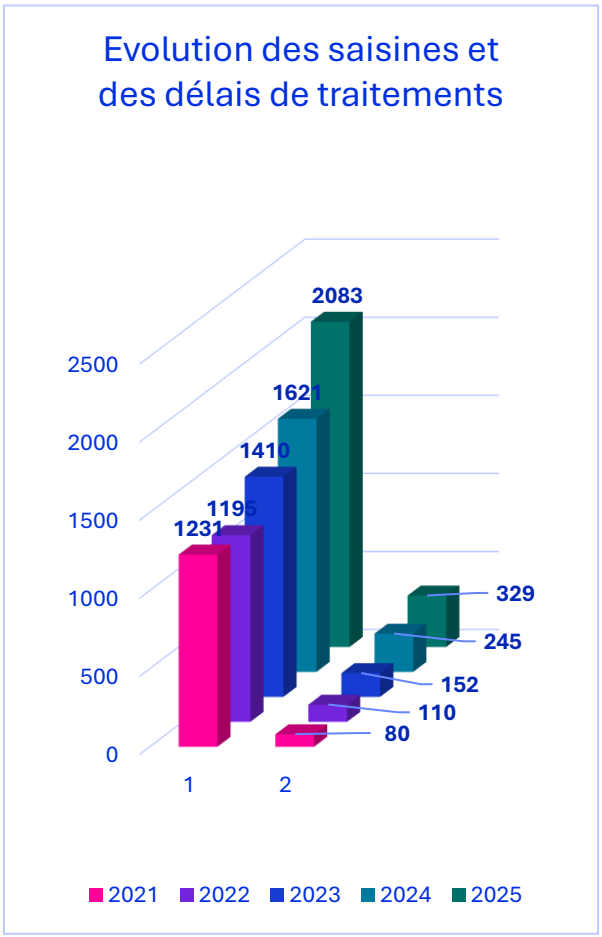
Compte tenu de la hausse des saisines entre 2024 et 2025, la volumétrie ne permet pas d'absorber les nouvelles saisines et d'équilibrer le stock.

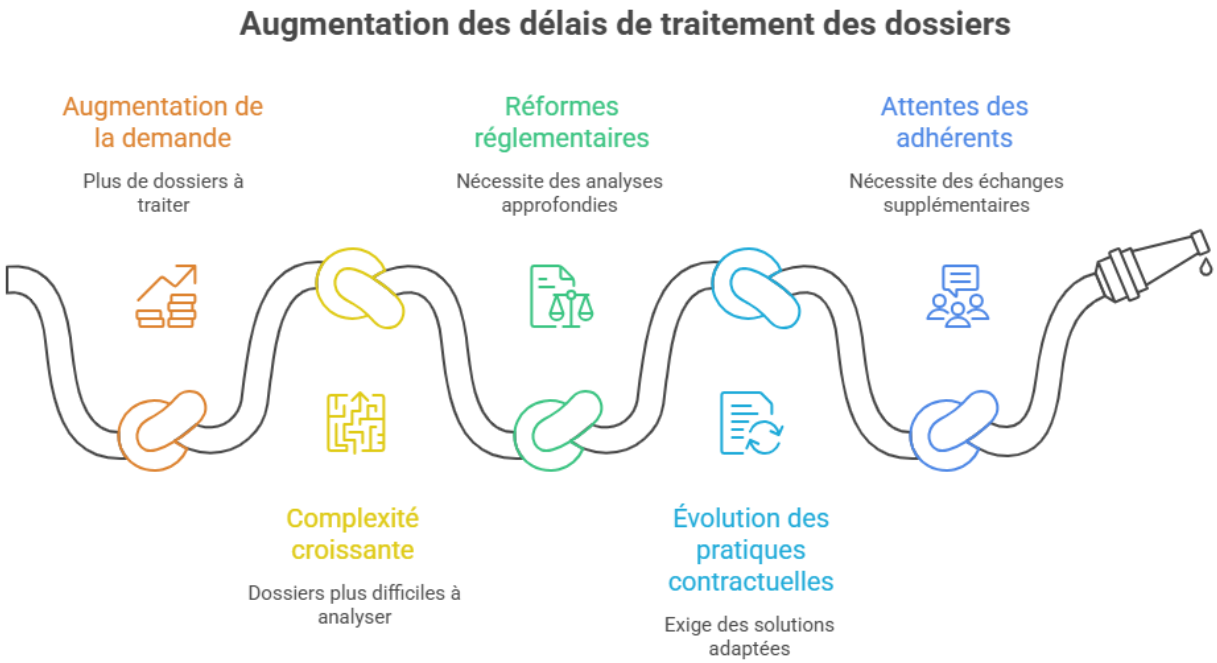
4. Les délais de traitement

La règlementation impose deux délais : celui relatif à la confirmation de la recevabilité du recours et celui relatif à la décision rendue par la Médiation :

- **Sur le délai relatif à la recevabilité de la saisine : le délai légale est de 3 semaines. A la médiation de la Mutualité Française, ce délai s'est établi à 12 jours en 2023, 11 jours en 2024 et 12 jours 2025. La médiation demeure au-dessous de la moyenne des médiations confondues qui est de 14,88 jours.**

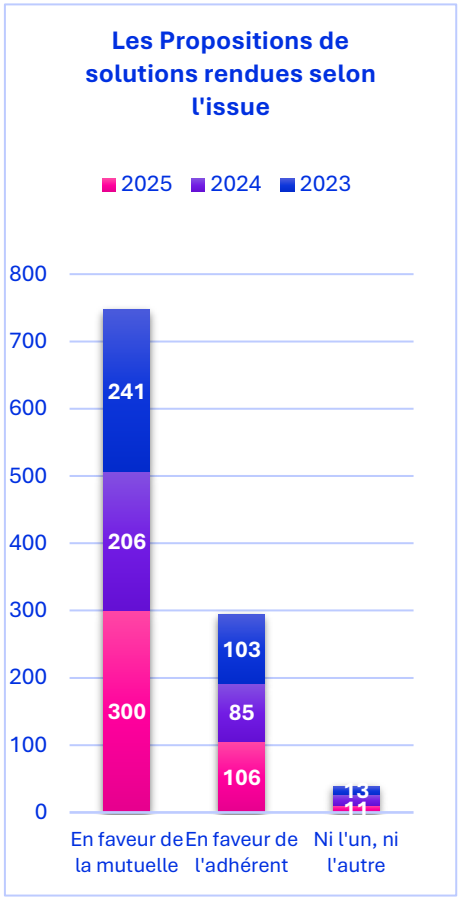
➔ **Sur le délai relatif à la proposition de solution rendue ; le délai règlementaire est de 90 jours. A la médiation de la Mutualité Française les délais sont en hausse depuis 2024 avec 329 jours en 2025, 245 jours en 2024 et 152 jours en 2023. (101 en 2022 et 80 en 2021).**





5. Propositions de solutions

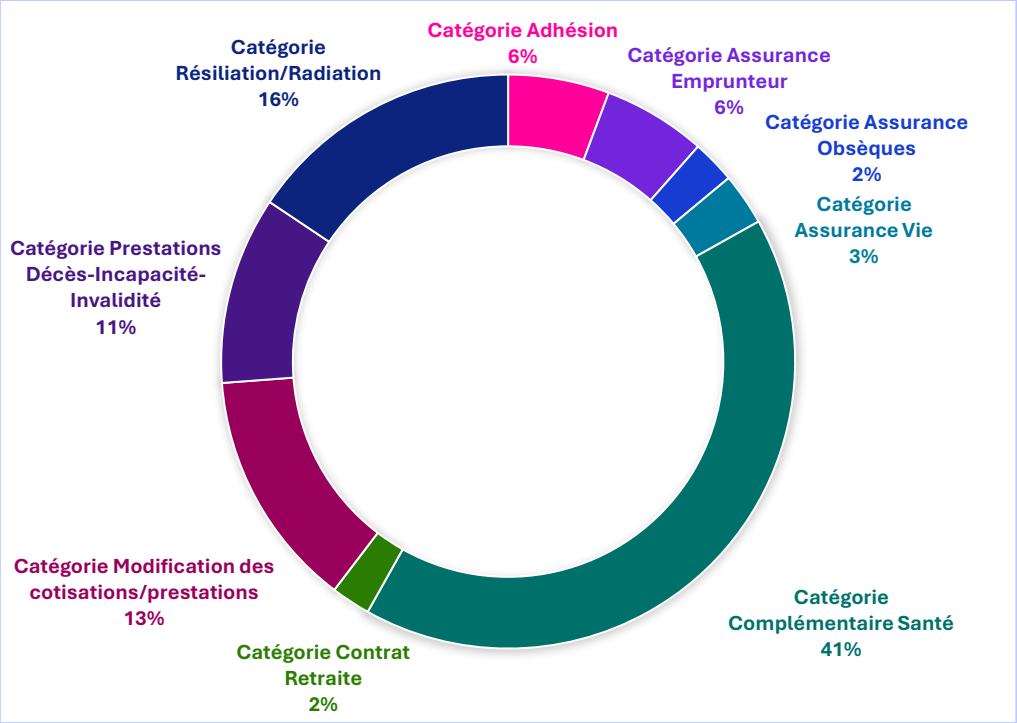
Les propositions de solution ont été portées à 417 en 2025 contre 306 en 2024 et 357 en 2023. Une hausse de 36 % par rapport à 2024.



En 2025, les propositions de solution confirment souvent le bien-fondé des décisions prises par les mutuelles, une tendance en hausse qui s'éclaire à la lumière des typologies de dossiers présentées ci-après. Plus d'un quart des propositions reconnaissent néanmoins le bien-fondé de la demande de l'adhérent. Ces résultats traduisent un examen impartial de chaque situation, au service d'une résolution amiable des différends et d'une meilleure compréhension des droits et obligations de chacun.

Les adhérents ont accepté les propositions de solution dans 109 dossiers et les ont refusées dans 54 dossiers. Aucun retour n'a été reçu pour les autres dossiers.

6. Typologie des saisines reçues



En 2025, les litiges relatifs à la complémentaire santé représentent près de la moitié des saisines reçues, dans des proportions comparables à celles observées en 2024. La complémentaire santé demeure ainsi le principal champ d'intervention de la Médiation de la Mutualité Française. Les différends portent particulièrement sur les prestations dentaires et les cures thermales, deux domaines dans lesquels les conditions de prise en charge, les plafonds de remboursement ou encore l'interprétation des garanties peuvent être sources d'incompréhension pour les adhérents.

La récurrence des litiges en complémentaire santé invite les organismes mutualistes à renforcer la lisibilité des garanties, des plafonds de remboursement et des conditions de prise en charge. Une information plus pédagogique auprès des adhérents apparaît comme un levier essentiel de prévention des réclamations et de réduction des incompréhensions contractuelles *(cf recommandations ci-après)*.

Dans des proportions également significatives, les litiges relatifs aux résiliations, radiations ainsi qu'aux modifications de cotisations ou de garanties progressent par rapport à l'année précédente. Cette évolution témoigne de deux choses :

- ➔ **d'une part d'une attention accrue des adhérents aux conditions d'évolution de leur contrat et au niveau de leurs cotisations.**
- ➔ **d'autre part la nécessité de renforcer la lisibilité des garanties et améliorer l'accompagnement des adhérents (*cf recommandations ci-après)***

À l'inverse, les litiges relevant de la prévoyance, notamment ceux relatifs aux prestations décès, incapacité de travail et invalidité, apparaissent en recul en 2025 avec 10 %. En 2024, cette catégorie représentait 13 % des dossiers reçus. Bien que leur part diminue, ces dossiers demeurent particulièrement sensibles en raison de leurs conséquences financières et humaines pour les adhérents concernés.

Enfin, une augmentation des dossiers relatifs à l'assurance emprunteur est observée en 2025. Les problématiques rencontrées concernent notamment les conditions d'indemnisation, l'invalidité, l'incapacité de travail ou encore les déclarations effectuées lors de la souscription du contrat. Cette évolution confirme la complexité de ces contrats et l'importance d'une information précise sur les obligations déclaratives et les conditions de garantie applicables.

IV. LES ENSEIGNEMENTS DE L'ANNÉE

Écouter, analyser, améliorer



1. Les principales problématiques rencontrées

Une information contractuelle à clarifier

Les litiges traités par le Médiateur trouvent leur origine dans une information contractuelle à clarifier concernant les garanties, les modalités de liquidation des contrats ou les conditions de prise en charge. Cette problématique est notamment apparue dans les contrats retraite mutualiste, les garanties santé et les contrats d'assurance emprunteur.

Des difficultés d'interprétation des garanties

De nombreux différends résultent d'interprétations divergentes entre l'adhérent et la mutuelle quant à l'étendue réelle des garanties souscrites. Les litiges observés concernent notamment les remboursements de soins dentaires, d'orthodontie, les sevrages tabagiques ainsi que certaines garanties de prévoyance.

La complexité croissante des contrats de prévoyance et d'assurance emprunteur

Les dossiers relatifs à la prescription des actions et à la qualification des fausses déclarations démontrent la technicité croissante des garanties de prévoyance et d'assurance emprunteur.

L'application de critères contractuels non suffisamment suivies.

Certains litiges mettent en évidence des écarts entre les règles applicables et les stipulations du règlement mutualiste, notamment en matière de modulation des cotisations selon le statut professionnel des adhérents.

2. Les tendances observées

Une exigence renforcée de lisibilité des documents contractuels

Les dossiers examinés montrent que les adhérents attendent une information plus simple, plus accessible et davantage contextualisée sur leurs droits, leurs garanties et les conséquences de leurs choix contractuels.

Une augmentation des litiges liée à l'évolution des contrats

Les différends portant sur les changements de garanties, les modifications contractuelles ou les évolutions de couverture soulignent l'importance croissante des enjeux liés à la vie du contrat *(cf. recommandations ci-après)*.

Une vigilance accrue sur les pratiques de prévoyance et d'assurance emprunteur

Les dossiers analysés révèlent une attention particulière portée aux règles de prescription, à l'information précontractuelle et aux conséquences des questionnaires médicaux.

Une recherche accrue d'équité dans l'application des garanties

Les litiges examinés montrent que les adhérents contestent de plus en plus les décisions fondées sur une interprétation strictement littérale lorsque l'information délivrée apparaît insuffisamment claire ou compréhensible.

3. Les points de vigilance identifiés : analyses de cas et recommandations

Des points de vigilance ont été relevés à chaque étape de la relation contractuelle. En ma qualité de Médiateur de la Mutualité Française, je souhaite ainsi attirer l'attention des mutuelles comme des adhérents sur ces enjeux.

a) Lors de la conclusion du contrat

Recommandation n°1 : Renforcer la qualité et la clarté de l'information contractuelle

- ➔ **Les documents contractuels doivent exposer de manière explicite les garanties, exclusions, délais de prescription, conditions tarifaires et conséquences des choix effectués par l'adhérent.**



DOSSIER N°1 : DEVOIR DE CONSEIL ET INFORMATION A LA LIQUIDATION DU CONTRAT RETRAITE

EXPOSÉ DES FAITS

Dans cette affaire, un adhérent âgé de 50 ans, titulaire d'un contrat de retraite mutualiste du combattant (RMC) à capital réservé (donc rachat possible), m'a saisi invoquant un défaut de conseil à la date de liquidation de son contrat qui l'a empêché de procéder au rachat.

L'adhérent explique qu'il a demandé des informations à la mutuelle pour la liquidation de son contrat et qu'à la suite d'un entretien avec le conseiller, il a signé le formulaire en optant pour l'aliénation de la totalité du capital à son profit. Par la suite, la mutuelle a mis en place la liquidation du contrat en rente viagère. L'adhérent a contesté le fait que cela corresponde à sa demande formulée lors de l'entretien avec le conseiller auquel il avait pourtant expressément indiqué qu'il avait un projet nécessitant la récupération de l'intégralité du capital.

La mutuelle avance que l'adhérent avait retourné sa demande de liquidation en optant pour l'aliénation du capital et qu'il ne pouvait dès lors racheter son contrat.

ANALYSE DU LITIGE

La Retraite Mutualiste du Combattant a pour objet la constitution d'une rente viagère au profit de l'adhérent, si celui-ci est vivant à la date d'entrée en jouissance (10 ans après la souscription).

La mutuelle, outre son obligation d'information générale renforcée en matière de contrat retraite, est tenue à une information claire, précise et complète sur les conséquences des choix offerts à l'adhérent lors de la liquidation de ses droits, cette information devant être délivrée au plus tard au moment où l'adhérent est amené à exercer son option.

En effet, l'article L.223-21 du Code de la mutualité pose une obligation d'information annuelle via le « relevé des droits à retraite » : « la mutuelle ou l'union indique en termes précis et clairs dans cette communication ce que signifient les opérations de rachat, de transfert et de réduction et quelles sont leurs conséquences légales et contractuelles. »

Cette exigence de clarté et de précision s'applique à toutes les informations relatives aux options de liquidation, et implique que l'adhérent soit mis en mesure de comprendre les conséquences de ses choix.

Le Tribunal Judiciaire de Paris rappelle sur le fondement du Code des assurances que « si une possibilité de rachat lui est ouverte, l'affilié reçoit, lorsqu'il demande la liquidation de ses droits, une information détaillant les options soumises à son choix. » Cette exigence d'information détaillée sur les options de liquidation s'applique au moment où l'adhérent est amené à exercer son choix, et doit figurer dans les documents remis à cette occasion, notamment le formulaire de liquidation.

En l'espèce, j'ai constaté que le formulaire de liquidation présentait une information pour le moins succincte, voire inexistante quant aux conséquences du choix de l'option. De plus, le document relatif à l'entretien avec le conseiller indiquait que l'adhérent avait refusé de traiter « les objectifs suivants - Préparer sa retraite ».

Je me suis donc prononcé en faveur de l'adhérent ; considérant que la formulation du choix proposé par la mutuelle et retenu par l'adhérent, sans aucune autre explication complémentaire pour un néophyte, pouvait s'interpréter comme une transmission à soi-même de l'intégralité du capital. J'ai considéré que la mutuelle avait manqué à son obligation de conseil et que l'adhérent était fondé à demander le rachat de son capital.

RECOMMANDATION

Je recommande donc aux mutuelles d'indiquer sur le bulletin d'adhésion la date de liquidation prévue du contrat et de rappeler sur le formulaire de liquidation les implications de chaque choix proposé lors de la liquidation d'un contrat RMC. J'invite les mutuelles à indiquer également le fait que l'adhérent dispose, lorsque le Règlement mutualiste le prévoit, de la faculté de modifier la date d'entrée en jouissance de la retraite, surtout lorsque l'adhérent a tout juste 50 ans.

DOSSIER N°2 : PREUVE DE LA SIGNATURE DU BULLETIN D'ADHESION A UN CONTRAT DE PREVOYANCE

L'absence de preuve de la signature du bulletin d'adhésion à un contrat de prévoyance permet à l'adhérent de solliciter la résiliation du contrat de prévoyance litigieux même hors délai légal de l'article L.221-10 du Code de la mutualité.

EXPOSÉ DES FAITS

Une adhérente avait souscrit une garantie de prévoyance auprès d'une mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative. À l'occasion d'échanges avec sa mutuelle relatifs à plusieurs prélèvements bancaires, elle a constaté qu'une cotisation était également prélevée au titre d'un second contrat individuel de prévoyance.

Soutenant n'avoir jamais demandé la souscription de ce contrat individuel, elle a sollicité la résiliation des deux contrats concernés.

La mutuelle a refusé de faire droit à sa demande, au motif que celle-ci avait été présentée en dehors du délai légal applicable aux résiliations à échéance annuelle prévu par l'article L. 221-10 du Code de la mutualité.

ANALYSE DU LITIGE

En l'espèce, l'adhérente avait contesté à plusieurs reprises avoir souscrit le contrat individuel de prévoyance. Il appartenait donc à la mutuelle, qui se prévalait de l'existence de cette adhésion, d'en rapporter la preuve.

Or, la mutuelle n'a été en mesure de produire que des certificats d'adhésion : elle n'a toutefois pas pu présenter le bulletin d'adhésion revêtu de la signature manuscrite ou électronique de l'adhérente.

Dans ces conditions, il a été considéré que la rencontre des volontés, condition essentielle à la formation du contrat, n'était pas démontrée. En l'absence de preuve du consentement de l'adhérente, l'existence même du contrat litigieux ne pouvait être regardée comme établie

J'ai donc estimé le bien-fondé de la demande de résiliation de l'adhérente puisque son consentement faisait défaut.

RECOMMANDATION

La mutuelle est invitée à veiller au respect des conditions de formation du contrat, en particulier lorsque l'adhésion est réalisée par voie dématérialisée. À ce titre, il est recommandé de vérifier la conformité de la signature électronique du bulletin d'adhésion et de le conserver même en présence de certificats d'adhésion puisque ces derniers sont dénués de valeur juridique.

Par ailleurs, il est également recommandé à l'adhérent de lire attentivement la documentation fournie par la mutuelle afin de dénoncer, dans un délai d'un mois, les garanties non souhaitées le cas échéant.

Recommandation n°2 : Veiller à la cohérence entre les pratiques de gestion et les dispositions contractuelles

➔ **Les conditions de tarification et les modalités de gestion appliqués aux adhérents doivent être rigoureusement conformes aux règlements mutualistes et aux textes de référence applicables.**



DOSSIER N°3 : CONFORMITE DE MODULATION DE COTISATIONS AUX STATUTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

EXPOSÉ DES FAITS

Dans l'affaire qui m'a été soumise, l'adhérent, technicien de la police scientifique, avait adhéré à un contrat de prévoyance. Le contrat modulait la cotisation (du simple ou double) selon que l'adhérent relevait ou non de la police nationale.

L'adhérent a contesté le montant de sa cotisation, estimant que depuis plusieurs années il ne lui avait pas été appliqué le bon statut selon la distinction prévue par le Règlement mutualiste, soulevant ainsi une incohérence de la classification de la grille tarifaire par rapport à sa catégorie socio professionnelle.

La mutuelle argumentait que l'adhérent, en tant que technicien de la police technique et scientifique (PTS), ne relevait pas de la police au sens du maintien de l'ordre, de la force publique, car « non actif ». La mutuelle arguait que selon le Règlement mutualiste, un policier technique et scientifique est assimilé à la catégorie administrative (hors police nationale) car « non actif ».

ANALYSE DU LITIGE

Le statut des agents de la police scientifique s'inscrit dans le cadre général de la fonction publique d'État, mais si ces agents font l'objet d'un statut particulier de personnel administratif technique et scientifique, ils relèvent bien de la police nationale.

En effet, la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité (abrogée partiellement) dispose que « La police nationale comprend actuellement des fonctionnaires des services actifs, des fonctionnaires des services administratifs, techniques et scientifiques, et des policiers auxiliaires du service national actif ». Cette loi, codifiée à l'article L.411-2 du Code de la sécurité intérieure, dispose depuis l'Ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012 que « La police nationale comprend des personnels actifs, ainsi que des personnels administratifs, techniques et scientifiques ». Par ailleurs, il ressort de textes statutaires (décret n° 2016-1677 du 5 décembre 2016, arrêté du 20 juin 2022), ainsi que de nombre de décisions de justice administrative, que les techniciens de la police scientifique relèvent bien de la police nationale.

L'analyse des textes et de la jurisprudence administrative montre que les techniciens de la PTS, bien qu'ils concourent aux missions de police judiciaire et soient intégrés à la police nationale, ne relèvent pas de la catégorie des fonctionnaires actifs (commissaires par exemple) de la police nationale.

Je me suis prononcé en faveur de l'adhérent, considérant que la mutuelle arguait à tort que l'adhérent ne relevait pas de la police nationale. J'ai constaté que si le Règlement opérait bien une distinction tarifaire selon que l'adhérent relevait ou non de la police nationale, il ne distinguait nullement selon que l'agent était actif ou non. J'ai donc estimé que la mutuelle appliquait à tort un critère qui ne ressortait pas des dispositions contractuelles.

Force était de constater que la mutuelle n'était pas fondée à opposer à l'adhérent le fait qu'il n'est pas un agent « actif » de la police nationale et qu'elle lui avait appliqué à tort le tarif de cotisations « hors police nationale ». J'ai donc invité la mutuelle à lui restituer la différence entre le tarif police nationale et le tarif hors police nationale.

RECOMMANDATION

Je recommande donc aux mutuelles de veiller à fixer des critères de modulation de cotisations qui soient conformes aux Statuts de la fonction publique dont dépendent leurs adhérents, et qui soient explicitement mentionnés dans le Règlement mutualiste.

DOSSIER N°4 : LA NECESSAIRE INFORMATION DES ADHÉRENTS SUR LA STRUCTURE CONTRACTUELLE

EXPOSÉ DES FAITS

Dans le cadre de la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire (PSC), j'ai été saisi d'un dossier concernant un adhérent affilié, à compter du 1er janvier 2025, au contrat santé collectif obligatoire souscrit par son ministère auprès de la mutuelle.

Cette affiliation ayant entraîné la résiliation, au 31 décembre 2024, de l'intégralité de son contrat santé individuel souscrit auprès de la même mutuelle, l'adhérent contestait la résiliation de l'intégralité de ses garanties individuelles et notamment des garanties prévoyance qu'il souhaitait conserver.

La mutuelle refusait de faire droit à la demande de l'adhérent au motif que les garanties prévoyance étaient incluses dans les garanties santé. Cette inclusion faisait donc obstacle au maintien des garanties prévoyance après la résiliation des garanties santé.

ANALYSE DU LITIGE

Conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité, le contrat en inclusion est souscrit par une mutuelle auprès d'un autre organisme afin de faire bénéficier ses adhérents de garanties supplémentaires dites « accessoires ». Ces garanties s'imposent aux membres participants ou aux catégories de membres couvertes par le contrat, y compris leurs ayants droit. Les garanties accessoires étant dépendantes du contrat principal, elles ne peuvent être maintenues en cas de résiliation de celui-ci.

En l'espèce, j'ai constaté que le règlement mutualiste applicable prévoyait que les garanties prévoyance étaient assurées par un assureur tiers et incluses au contrat santé de base.

Le bénéfice de ces garanties était par ailleurs subordonné au maintien de la qualité de membre participant au contrat santé, de sorte que leur maintien dépendait directement de l'existence de ce contrat.

J'ai relevé que, dans le cadre de la mise en œuvre de la PSC au 1er janvier 2025, l'adhérent a souscrit un nouveau contrat santé collectif obligatoire auprès de la même mutuelle. Cette nouvelle adhésion a entraîné la résiliation de son contrat santé individue. Les garanties prévoyance étant rattachées au contrat santé de base, elles ne pouvaient pas être maintenues indépendamment de celui-ci.

Je me suis prononcé en faveur de la mutuelle, considérant qu'elle était juridiquement fondée à résilier, au 31 décembre 2024, l'ensemble des garanties souscrites au titre du contrat individuel de l'adhérent. Il a toutefois été précisé que, pour conserver ses garanties prévoyance, l'adhérent pouvait demander le maintien de son contrat santé individuel en parallèle de son nouveau contrat collectif obligatoire.

RECOMMANDATION

Je recommande aux mutuelles de donner aux adhérents une information précise quant à la structuration de leur contrat et aux conséquences de celle-ci sur les conditions de résiliation des garanties ; et ce afin de prévenir la multiplication de litiges sur cette thématique.

b) Exécution du contrat

DOSSIER N°5 : LISIBILITE DES GARANTIES : UNE DISTINCTION NECESSAIRE ENTRE LES MEDICAMENTS ET LES PRODUITS NON MEDICAMENTEUX

En matière de complémentaire santé, la lisibilité des garanties suppose que l'adhérent puisse identifier, sans ambiguïté, les prestations couvertes et les conditions de leur prise en charge. La distinction entre les médicaments et les produits non médicamenteux revêt ainsi une importance particulière, ces derniers n'ouvrant pas nécessairement droit aux mêmes niveaux de remboursements.

EXPOSE DES FAITS

Dans l'affaire qui m'a été soumise, l'adhérent avait sollicité la prise en charge d'une facture afférente à un sevrage tabagique sous auriculothérapie.

La mutuelle a refusé de prendre en charge la facture litigieuse au motif que la garantie souscrite par l'adhérent prévoit uniquement le remboursement des spécialités médicamenteuses et, par conséquent, des sevrages tabagiques médicamenteux.

L'adhérent a contesté ce refus de prise en charge faisant valoir que le libellé de la garantie prévoyait le remboursement des sevrages tabagiques sans préciser expressément que celui-ci était limité aux seuls traitements médicamenteux. Il estimait que les frais litigieux auraient dû faire l'objet d'un remboursement.

ANALYSE DU LITIGE

En l'espèce, l'examen du tableau de garanties permettait de constater que le forfait litigieux était exclusivement destiné à la prise en charge des traitements de sevrage tabagique constituant des spécialités médicamenteuses, prescrites et non remboursées par l'Assurance maladie. L'auriculothérapie, constituant une méthode thérapeutique non médicamenteuse, ne relevait donc pas du champ d'application de la garantie souscrite.

Le différend trouvait son origine dans la formulation même du libellé de garanties. En effet, la seule lecture de ce libellé pouvait légitimement laisser penser que toute prestation liée à un sevrage tabagique, qu'elle soit médicamenteuse ou non, était susceptible de faire l'objet d'une prise en charge. Ce n'est qu'à la lecture du renvoi associé au libellé de garanties, précisant que la prise en charge était limitée aux spécialités médicamenteuses référencées dans la base VIDAL, que l'étendue de la garantie apparaissait de manière suffisamment claire et précise et justifiait le refus de prise en charge du sevrage tabagique sous auriculothérapie.

Dans ces conditions, j'ai préconisé à la mutuelle de clarifier le libellé de garanties afin de préciser expressément que le forfait concernait uniquement les traitements de sevrage tabagique médicamenteux. La mutuelle s'est conformée à cette recommandation en procédant à une réécriture de son libellé de garanties, renforçant ainsi sa lisibilité et limitant le risque d'interprétation erronée quant à l'étendue des prises en charge proposées.

RECOMMANDATION

Je recommande aux mutuelles de porter une attention particulière à la rédaction de leurs tableaux de garanties afin qu'ils permettent d'identifier sans ambiguïté les prestations effectivement couvertes, en distinguant notamment les médicaments des produits non médicamenteux.

Une information claire et précise permettrait de prévenir les confusions et de limiter les litiges portant sur l'étendue des remboursements. En effet, certains litiges ont mis en évidence que la prescription d'un produit par un professionnel de santé peut conduire l'adhérent à considérer, à tort, que celui-ci relève de la catégorie des médicaments. Cette confusion concerne notamment certains produits de parapharmacie qui, bien que prescrits par un professionnel de santé, ne constituent pas nécessairement des médicaments.

DOSSIER N°6 : PRINCIPE DE COMPLÉMENTARITÉ : LE REMBOURSEMENT DE LA MUTUELLE DÉPEND DES DONNÉES TRANSMISES PAR L'ASSURANCE MALADIE

Dans un contrat de complémentaire santé, en dehors du cas de la prise en charge de certains actes non remboursables par la Sécurité sociale, l'organisme mutualiste intervient en complémentarité de l'Assurance maladie obligatoire.

Dans cette hypothèse, la mutuelle verse ses compléments de remboursement en fonction, d'une part, du tableau de garanties en vigueur et d'autre part, des éléments indiqués sur le décompte de remboursement de la Sécurité sociale.

EXPOSÉ DES FAITS

Dans l'affaire qui m'a été soumise, l'adhérente avait sollicité la prise en charge de plusieurs consultations psychiatriques.

La mutuelle a refusé de prendre en charge les frais litigieux au motif que le professionnel de santé avait facturé un dépassement d'honoraires qualifié de dépassement non justifié par la Sécurité sociale. L'adhérente a contesté ce refus en affirmant que sa mutuelle avait toujours pris en charge la quasi-totalité de chaque séance. Cette dernière estimait que la décision de qualifier ces dépassements d'injustifiés était incohérente puisque le prix de la séance n'avait pas augmenté, et souhaite donc obtenir une prise en charge conforme à sa garantie.

ANALYSE DU LITIGE

En l'espèce, la complémentaire santé intervient, conformément aux garanties souscrites par l'adhérente, en prenant en charge tout ou partie du reste à charge demeurant après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Dans cette affaire, le différend trouvait son origine dans les informations transmises par la Sécurité sociale à la mutuelle. En effet, sur les décomptes produits par la mutuelle, plusieurs consultations portaient la mention « dépassement non justifié » tandis que d'autres ne la portaient pas. Cette mention avait une incidence directe sur le montant de la prise en charge par la mutuelle, puisque pour ces consultations, l'adhérente a moins été remboursée. Il convient de rappeler qu'en la matière, l'organisme mutualiste ne dispose d'aucun pouvoir de modification des données qui ont été transmises par l'assurance maladie obligatoire.

Dans ces conditions, la proposition de solution a été rendue en faveur de l'organisme mutualiste, puisque la participation de la mutuelle est liée aux données télétransmises par la Sécurité sociale, sans que la mutuelle puisse en modifier le contenu

J'ai préconisé à l'adhérente de prendre contact avec sa caisse d'assurance maladie obligatoire afin de vérifier les modalités appliquées par la Sécurité sociale.

RECOMMANDATION

Je recommande aux mutuelles de préciser davantage, dans leurs documents contractuels, les conséquences du principe de complémentarité en indiquant clairement qu'en cas de prise en charge de prestations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire, le montant des compléments de remboursement dépend d'une part du tableau de garanties en vigueur et d'autre part des données télétransmises par la CPAM.

Je rappelle aux adhérents qu'il est indispensable de prendre connaissance des éléments inscrits dans leur règlement mutualiste, y compris le tableau de garantie qui y est attaché. Je recommande aux adhérents de saisir leur CPAM en cas de contestation sur les éléments indiqués sur le décompte litigieux.

Recommandation n°3 : sécuriser les règlements mutualistes et les notices d'information

➔ **L'organisme mutualiste doit actualiser ses documents contractuels afin d'y intégrer les dispositions légales en vigueur et d'en garantir la pleine opposabilité.**



DOSSIER N°7 : LE DÉLAI DE PRESCRIPTION RAMENÉ À 5 ANS POUR L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (CONTRAT À ADHÉSION COLLECTIVE)

Le présent litige concerne l'application de l'article L221-11 du Code de la mutualité.

EXPOSÉ DES FAITS

Dans le litige qui m'a été soumis, le requérant a adhéré à un contrat collectif à adhésion facultative d'assurance emprunteur garantissant un prêt notamment contre l'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT).

Le 5 octobre 2022, le membre participant a été placé en arrêt de travail.

Le 20 décembre 2024, l'adhérent a formulé auprès de la mutuelle une demande de prise en charge.

L'organisme mutualiste a opposé à l'adhérent la prescription biennale de l'article L.221-11 du Code de la mutualité et a, par conséquent, refusé la prise en charge des échéances de prêt résultant de l'arrêt de travail.

La mutuelle soutient que l'examen des pièces médicales de l'adhérent a révélé que la déclaration de sinistre a été faite hors délai légal de prescription biennale applicable au contrat d'assurance emprunteur. La mutuelle a ajouté que les réclamations de l'adhérent en 2025 sont dépourvues d'effet interruptif, intervenant postérieurement à l'acquisition de la prescription.

ANALYSE DU LITIGE

La version en vigueur depuis le 2 août 2014 (modifiée par la Loi n°2014-856 du 31 juillet 2014) de l'article L221-11 du Code de la mutualité dispose que : « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. [...] Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. [...] ».

L'article L221-11 du Code de la mutualité prévoit en son alinéa 4 une prescription de 5 ans, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative ou obligatoire (contrat collectif de prévoyance, contrat d'assurance emprunteur, etc.), lorsque la demande d'indemnisation de l'adhérent porte sur l'incapacité de travail.

L'action de l'adhérent doit avoir pour origine un arrêt de travail.

Cette prescription quinquennale dérogatoire à la prescription biennale ne s'applique pas au contrat individuel d'assurance de prévoyance.

Toutes les causes d'interruption et de suspension prévues aux articles 2230 et 2231 du Code civil, ainsi que la cause d'interruption de l'article L221-12 du Code de la mutualité, sont opposables entre les parties au titre de la prescription de 5 ans.

Au présent cas d'espèce, je me suis prononcé en faveur de l'adhérent sur la recevabilité de sa demande du 20 décembre 2024. En effet, en application du délai de prescription quinquennale, la demande de prise en charge de l'arrêt de travail du 5 octobre 2022 n'était pas prescrite.

Sur la mise en œuvre de la garantie, j'ai proposé que le médecin conseil de la mutuelle apprécie l'état d'incapacité temporaire totale de travail au regard des pièces médicales de l'adhérent : ce dernier ne pourra bénéficier des prestations de ladite garantie que si son incapacité temporaire totale est avérée.

RECOMMANDATION

Force est de constater que certains documents contractuels reproduisent l'ancienne version de l'article L221-11 du Code de la mutualité (version du 22 décembre 2006 antérieure à la version en vigueur du 2 août 2014) qui ne prévoit pas le délai spécifique de 5 ans pour toute action relative à l'incapacité temporaire totale de travail dans le cadre d'opérations collectives.

Je recommande dès lors aux mutuelles d'insérer dans la notice d'information (ou les conditions générales) la dernière version applicable de l'article L221-11 du Code de la mutualité tout en attirant l'attention de l'adhérent sur le délai de prescription de 5 ans lorsque la demande d'indemnisation concerne l'incapacité temporaire totale.

Recommandation n°4 : Anticiper les risques d'incompréhension lors des changements de contrat

➔ **Les estimations de remboursement, simulations et informations préalables doivent clairement rappeler leur caractère indicatif et les conditions de maintien des garanties.**



DOSSIER N°8 : LE REMBOURSEMENT DES FRAIS D'ORTHODONTIE S'APPRÉCIE AU REGARD DE LA DATE DE FACTURATION

En matière de complémentaire santé et plus particulièrement pour les traitements d'orthodontie, le fait générateur du remboursement est la date de facturation et non celle de début des soins.

EXPOSÉ DES FAITS

Une adhérente a changé de mutuelle en cours de traitement d'orthodontie en souscrivant un nouveau contrat de complémentaire santé.

Après la prise d'effet de ce nouveau contrat, elle a transmis une facture correspondant au premier semestre de son traitement. La nouvelle mutuelle a refusé la prise en charge, au motif que le semestre de soins avait débuté avant la prise d'effet du nouveau contrat.

L'adhérente a contesté ce refus, faisant valoir que la facture avait été établie après la prise d'effet de son nouveau contrat et que les frais devaient, à ce titre, être examinés au regard des garanties de celui-ci.

ANALYSE DU LITIGE

En matière de complémentaire santé, le droit au remboursement des soins d'orthodontie est subordonné à la condition que les frais aient été engagés pendant la période de garantie du contrat.

Les traitements d'orthodontie constituent un acte à exécution successive. Ils sont pris en charge par semestre ou par trimestre. En raison de leur durée, qui s'étend généralement sur plusieurs mois ou années, ils donnent lieu à une facturation à terme échu.

La facture est ainsi établie à l'issue du semestre ou du trimestre de soins, attestant de la réalisation effective du traitement au cours de la période considérée. Cette règle est conforme aux dispositions de l'article R. 161-42 du Code de la Sécurité sociale, selon lesquelles, lorsque plusieurs actes ou prestations relèvent d'un même traitement, la date retenue pour leur présentation au remboursement peut correspondre à celle de la réalisation du dernier acte ou de la dernière prestation. Dès lors, la date de facturation constitue le fait générateur du remboursement. C'est donc au regard de cette seule date qu'il convient d'apprécier si les frais ont été engagés pendant la période de garantie du contrat.

Le nouveau contrat de complémentaire santé de l'adhérente a pris effet le 1er janvier 2025, tandis que la facture relative au premier semestre de traitement a été établie le 11 mars 2025. Cette date de facturation, postérieure à la prise d'effet du nouveau contrat, constitue le fait générateur du remboursement et détermine le droit à prise en charge.

La nouvelle mutuelle devait donc prendre en charge le traitement d'orthodontie, bien que le semestre de soins ait débuté avant la prise d'effet du nouveau contrat.

RECOMMANDATION

Je recommande aux organismes complémentaires de préciser explicitement, dans leurs documents contractuels, que pour les traitements d'orthodontie, le fait générateur du remboursement est la date de facturation et non celle du début des soins. Cette précision permettrait de prévenir les difficultés d'interprétation susceptibles de survenir en cas de changement de mutuelle avec souscription d'un nouveau contrat en cours de traitement.

DOSSIER N°9 : LE CONTRAT APPLICABLE EST CELUI EN VIGUEUR À LA DATE DE RÉALISATION DES SOINS

En matière de complémentaire santé, le droit à prestation s'apprécie au regard des garanties en vigueur à la date de réalisation des soins. Lorsqu'un contrat est remplacé par un nouveau contrat prévoyant des garanties différentes, seules les garanties du contrat en vigueur à la date des soins s'appliquent. Une estimation de remboursement établie sous l'ancien contrat ne peut donc être opposée à la mutuelle.

EXPOSÉ DES FAITS

Dans ce litige, un adhérent avait sollicité une estimation de remboursement pour des soins dentaires auprès de sa mutuelle. Cette estimation avait été établie sur la base des garanties applicables à cette date.

L'adhérent a ensuite souscrit à un nouveau contrat présentant des garanties différentes. Lors de la réalisation des soins, la mutuelle a appliqué les garanties du nouveau contrat en vigueur. L'adhérent a contesté cette prise en charge, estimant que la prise en charge figurant sur l'estimation communiquée antérieurement devait être appliquée.

ANALYSE DU LITIGE

Les garanties applicables sont celles du contrat en vigueur à cette date, indépendamment de la date d'établissement du devis ou de l'estimation de remboursement.

Ainsi, lorsque les soins interviennent après un changement de contrat ou de niveau de garanties, le remboursement doit être calculé selon les garanties du contrat applicable à la date des soins.

Par ailleurs, une estimation de remboursement est établie à partir des informations connues au moment de son émission et des garanties alors en vigueur. Elle ne constitue pas un engagement définitif de prise en charge.

La mutuelle était fondée à appliquer les garanties du nouveau contrat en vigueur à la date de réalisation des soins. L'adhérent ne pouvait donc se prévaloir d'une estimation de remboursement établie dans le cadre de l'ancien contrat, résilié avant la réalisation des soins.

RECOMMANDATION

La mutuelle est invitée à renforcer l'information délivrée aux adhérents lors de l'établissement des estimations de remboursement. Je recommande de préciser systématiquement que ces estimations de remboursement sont établies sous réserve du maintien des garanties en vigueur et qu'elles peuvent évoluer en cas de changement de contrat ou de niveau de couverture avant la réalisation des soins.

Avant d'engager des soins, je recommande à l'adhérent de vérifier que les garanties dont il bénéficie sont toujours en vigueur.

En cas de changement de contrat ou de niveau de garanties, il est recommandé de solliciter une nouvelle estimation de remboursement afin de connaître le montant de la prise en charge applicable au jour des soins.

4. Les enseignements pour les mutuelles

L'analyse des dossiers traités en 2025 confirme que la prévention des litiges repose sur la compréhension des règles par les adhérents. Les recommandations formulées cette année convergent vers un même objectif : renforcer la transparence, la lisibilité et la pédagogie de l'information délivrée tout au long de la relation contractuelle.

En synthèse, les mutuelles sont invitées à :

- Améliorer la rédaction de leurs documents contractuels et tableaux de garanties ;
- Expliciter les conséquences des choix contractuels proposés aux adhérents ;
- Actualiser régulièrement leurs notices d'information et règlements mutualistes en les datant ;
- S'assurer que les conditions de prestations ou cotisations respectent les Statuts de la fonction Publique ;
- Renforcer la qualité des questionnaires médicaux ;

En définitive, les enseignements de l'année 2025 rappellent que la qualité de l'information constitue l'un des principaux leviers de confiance entre les adhérents et les organismes mutualistes, ainsi qu'un facteur essentiel de réduction durable des litiges.

V. PERSPECTIVES ET AXES DE PROGRES

Construire aujourd'hui la médiation de demain



1. Modernisation et transformation du dispositif

En 2026, le service Médiation poursuivra son évolution autour d'un double objectif : améliorer l'accessibilité du dispositif pour les adhérents et renforcer l'efficience du traitement des dossiers. Cette modernisation reposera notamment sur l'actualisation du site internet du Médiateur afin d'offrir une information plus claire et plus accessible sur le recours à la médiation, ainsi que sur le développement d'outils numériques destinés à fluidifier les échanges avec les adhérents.

Par ailleurs, dans un contexte de progression régulière des saisines, un effort particulier sera consacré à l'optimisation des processus internes et à la réduction des délais de traitement. Les travaux engagés pour résorber le stock de dossiers, améliorer le suivi d'activité et poursuivre la numérisation des flux documentaires s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de service rendue aux adhérents.

2. Perspectives 2026

L'année 2026 sera marquée par une volonté affirmée de renforcer la visibilité, l'accessibilité et la valeur ajoutée de la médiation. À ce titre, le service poursuivra les actions visant à promouvoir le rôle du Médiateur à travers la publication du rapport annuel d'activité, la valorisation des enseignements issus des dossiers traités et le développement des prises de parole du Médiateur auprès des mutuelles.

Enfin, les enseignements issus des saisines continueront d'alimenter les actions de prévention des litiges. Grâce à une exploitation renforcée des retours d'expérience et au développement d'outils d'information adaptés, le service Médiation poursuivra son ambition de contribuer à l'amélioration des pratiques des mutuelles, à la qualité de la relation adhérent et à la diminution durable des sources récurrentes de contentieux. Cette orientation s'inscrit pleinement dans la mission de la médiation, qui dépasse la seule résolution des différends pour devenir un véritable levier de progrès au bénéfice des adhérents et des mutuelles.

VI. ANNEXES





CHARTE DE LA MÉDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

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

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

ARTICLE 1er – Le Médiateur

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

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

Le Médiateur exerce sa mission en totale impartialité.

ARTICLE 2 – Champ d'application

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

Ne peuvent être examinés par le Médiateur :

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

ARTICLE 3 – Saisine

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



L'adhérent peut se faire représenter ou se faire assister par un avocat ou un tiers de son choix. En cas de saisine par un tiers, si celui-ci n'est pas avocat, un mandat formalisé est demandé.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit impérativement être accompagnée d'une copie de la réclamation adressée à la mutuelle,

mentionnant notamment le destinataire de la réclamation et la date d'envoi.

ARTICLE 4 – Adresses du Médiateur

Le Médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

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

ARTICLE 5 – Gratuité de la procédure

La médiation est gratuite pour l'adhérent.

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

ARTICLE 6 – Obligations des parties

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

La procédure de médiation est conduite dans un strict devoir de confidentialité et de respect des dispositions du Règlement général sur la protection des données.
Le Médiateur est responsable du traitement des données à caractère personnel des demandeurs. Il s'engage à en préserver la confidentialité et à ne les utiliser que dans le cadre du traitement des demandes de médiation.

ARTICLE 7 – Arrêt de la procédure

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

ARTICLE 8 – Impartialité - Conflit d'intérêts

Le Médiateur ne peut recevoir aucune instruction des parties.

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

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

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



ARTICLE 9 – Prescription

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

ARTICLE 10 – Délais de réponse et de traitement

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

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

ARTICLE 11 – Proposition de solution

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

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

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

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

ARTICLE 12 – Notification

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

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

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