

RAPPORT D'ANALYSE 2018

MÉDIATEUR MC

Table des matières

I.	Rapport d'analyse des interpellations adressées en 2018 au médiateur des MCFG.	3
A.	Les 133 plaintes traitées par le Médiateur MC se rapportaient aux mutualités suivantes :.....	4
B.	Rapport entre plaintes de 2 ^e ligne et plaintes de 1 ^{ère} ligne :.....	5
C.	Catégories de plaintes	5
D.	Top 4 des plaintes (81,9 % des plaintes) :.....	5
E.	Analyse des plaintes :.....	6
F.	Recommandations	7
II.	Rapport d'analyse des plaintes transmises en 2018 à l'Ombudsman CM	9
A.	Nombre de plaintes	9
B.	Les 232 dossiers se rapportaient aux mutualités suivantes :	10
C.	Rapport entre plaintes de 2 ^e ligne et plaintes de 1 ^{ère} ligne :.....	11
D.	Pourcentage des plaintes où l'intervention de l'ombudsman a généré un changement de la réponse donnée à la plainte de 1 ^{ère} ligne	12
E.	Catégories de plaintes	13
F.	Top 4 des plaintes (72 % des plaintes).....	13
G.	Analyse des plaintes	14
H.	Recommandations	17

La procédure MC de traitement des plaintes prévoit en premier lieu un traitement par les mutualités. Si le plaignant n'est pas satisfait du traitement de sa plainte de première ligne par la mutualité, il peut introduire une plainte de 2^e ligne. Les plaintes de 2^e ligne des membres des mutualités MC néerlandophones sont traitées par l'Ombudsman CM, celles des membres des mutualités MC francophones et germanophones par le Médiateur MC.

Ce rapport offre un aperçu des plaintes de 2^e ligne traitées par les 2 médiateurs MC.

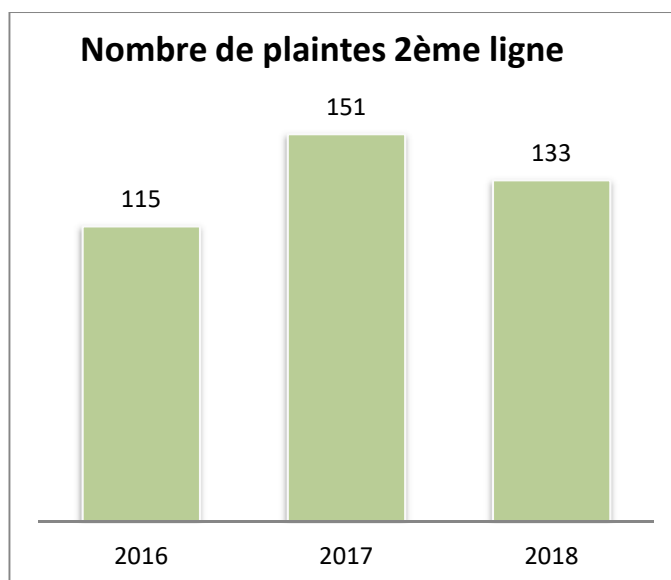
I. Rapport d'analyse des interpellations adressées en 2018 au médiateur des MCFG.

229 interpellations ont été adressées directement au médiateur (- 7,2 % par rapport à 2017). 96 (+ 3,2% par rapport à 2017) ont été transférées pour traitement aux mutualités régionales.

Sur les 133¹ interpellations gérées par le médiateur (- 12 % par rapport à 2017), 20 soit 15% ont été adressées via des instances extérieures (+ 66,7% par rapport à 2017) : Médiateur fédéral (7), Médiateur de la communauté germanophone (1) , Ombudsman des assurances (10) et OCM (2).

81,2 % des interpellations ont été faites via message électronique : 52,6% via mediateur@mc.be, 28,5 % via le formulaire de contact du site Web.

9,8% des interpellations ont été faites par courrier postal et 8,3% par téléphone.



¹ Toutes ne sont pas des plaintes de seconde ligne au sens strict. Des membres exaspérés suite à des contacts avec leur mutualité ou se trouvant dans une situation jugée à leurs yeux inextricable ou incompréhensible font le choix de s'adresser 'directement' au médiateur.

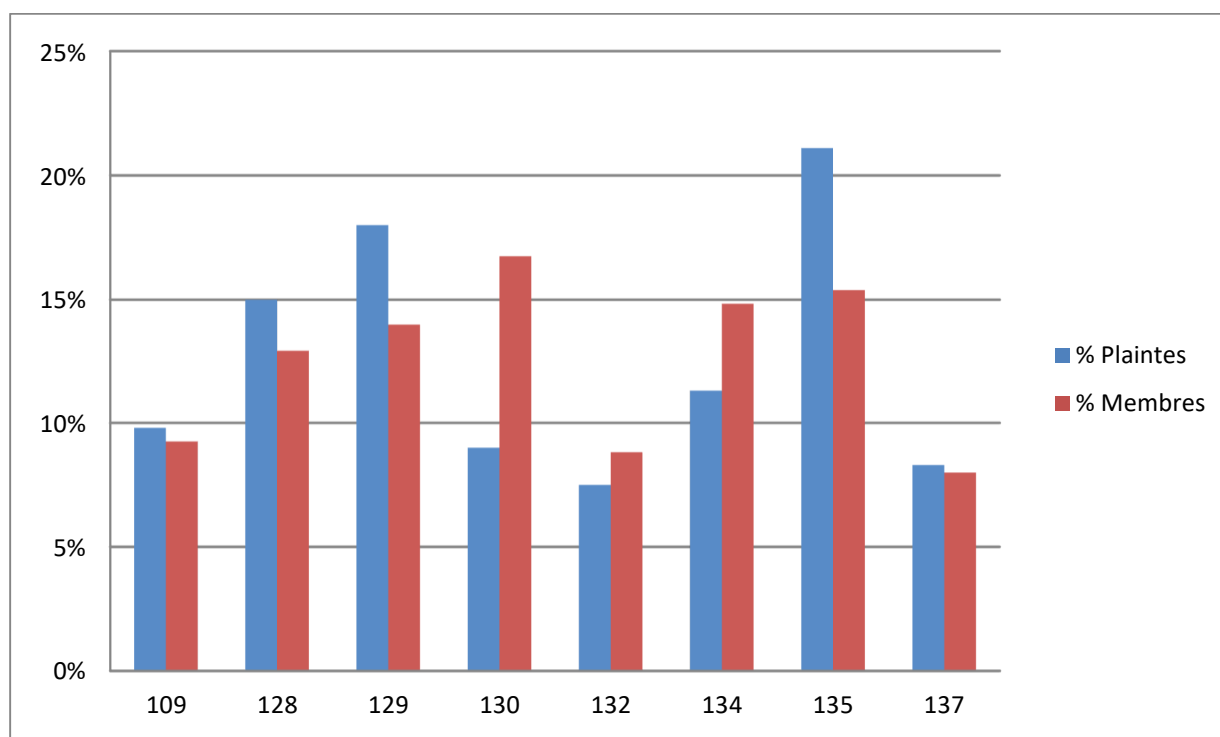
A. Les 133 plaintes traitées par le Médiateur MC se rapportaient aux mutualités suivantes :

MU	MUT	Nombre de plaintes	% de plaintes
109	Brabant wallon	13	9,8%
128	Hainaut oriental	20	15%
129	Hainaut Picardie	24	18%
130	Liège	12	9%
132	Province du Luxembourg	10	7,5%
134	Province de Namur	15	11,3%
135	Saint-Michel	28	21,1%
137	Verviers-Eupen	11	8,3%
TOT		133	100%

Les deux mutualités (129 et 135) qui totalisaient 52% de plaintes en 2017 n'en totalisent plus que 39,1% en 2018.

Le rapport entre le pourcentage de plaintes et le pourcentage de membres est le suivant:

MUT	% de plaintes	% de membres
109	9,8%	9,25%
128	15%	12,95%
129	18%	14%
130	9%	16,75%
132	7,5%	8,82%
134	11,3%	14,84%
135	21,1%	15,39%
137	8,3%	8%
TOT	100%	100%



B. Rapport entre plaintes de 2^e ligne et plaintes de 1^{ère} ligne :

MUT	Plaintes de 2 ^e ligne	Plaintes de 1 ^{ère} ligne	%
109	13	124	10,5%
128	20	267	7,5%
129	24	192	12,5%
130	12	105	11,4%
132	10	36	27,8%
134	15	124	12,1%
135	28	189	14,8%
137	11	110	10,0%
TOT	133	1147	11,6%

C. Catégories de plaintes

Catégories	Nombre de plaintes	%
Assurances facultatives	35 (Dento: 18 ; Hospi: 17)	26,31%
Soins de santé	31	23,3%
Indemnités	29	21,8%
Avantages et services	14	10,5%
Partenaires santé	6	4,5%
Assurabilité	3	2,3%
Finances	2	1,5%
Vie privée	2	1,5%
Communication/contact	2	1,5%
Récupérations	2	1,5%
Médecin-conseil	1	0,8%
Divers	6	4,5%

D. Top 4 des plaintes (81,9 % des plaintes) :

- 1) Assurances facultatives : 26,3% (2017: 38,4%; 2016: 33,9%)
- 2) Soins de santé : 23,3% (2017: 23,3%; 2016: 23,3%)
- 3) Indemnités : 21,8% (2017: 9,3%; 2016: 10,4%)
- 4) Avantages et services : 10,5% (2017: 10,4%; 2016 : absent du top 4).

La diminution de 23 unités des plaintes relatives aux assurances facultatives justifie à elle seule la diminution globale des plaintes de 2^{ème} ligne constatée en 2018. Néanmoins, elles restent en première position du Top 4.

Le nombre de plaintes relatives aux soins de santé se maintient (+1).

Les plaintes 'indemnités' ont augmenté de 107% en 2018 par rapport à 2017 et elles passent de la quatrième position à la troisième position du Top 4.

Les plaintes relatives à l'Assurance complémentaire sont en légère diminution, ce qui leur permet de ne plus occuper que la quatrième place du Top 4.

E. Analyse des plaintes² :

Dans 35,3% des cas -soit 47 plaintes-, la plainte a donné lieu à une révision favorable pour le membre de la décision maintenue par la mutualité dans le cadre de la gestion de la plainte en 1^{ère} ligne.

1) Assurances facultatives :

- 1.1. Il y a maintenant un nombre équivalent de plaintes relatives à la Dento+ et relatives aux assurances Hospi.
- 1.2. De nombreuses plaintes tournent cette année autour de la problématique de la résiliation des contrats pour non-paiement d'une ou plusieurs primes trimestrielles alors qu'un paiement par domiciliation a été demandé. Il y a incompréhension totale de la sanction de la résiliation lorsqu'il manque une seule prime trimestrielle alors que les primes concernant les trimestres postérieurs ont été payées. Il s'agit de cas où une domiciliation n'a pas fonctionné. Il faudrait à ce sujet revoir le contenu de la communication avec le membre: d'une part, il faudrait mentionner de manière claire que la domiciliation n'est jamais d'application pour la première prime due; d'autre part, le premier rappel peut induire en erreur puisqu'il y est souvent mentionné qu'en cas de domiciliation, il ne faut pas en tenir compte.

Vu les conséquences fâcheuses pour les membres, il y aurait vraiment intérêt à produire des courriers plus individualisés, ce qui éviterait l'inaction du membre.

- 1.3. Nos membres attendent de leur agent d'assurance des conseils et des informations adaptées à leur situation, ce qui ne semble pas toujours le cas :
 - Des membres âgés ayant souscrit la Dento+ découvrent que celle-ci ne leur est pratiquement d'aucune utilité car portant depuis des années deux prothèses complètes; ils ne comprennent pas que les tickets modérateurs relatifs à une nouvelle prothèse ne soient pas pris en charge. Il faut souligner que l'information disponible (hors lecture approfondie des conditions générales) n'est pas suffisamment claire à ce sujet puisque le focus est mis sur une prise en charge de 75 % du coût des prothèses : il y aurait intérêt à bien expliquer la différence de couverture avant et après 55 ans. Ceci avait déjà été mentionné dans le rapport précédent mais reste hélas d'actualité surtout que de nombreux contrats ont été conclus après une campagne marketing. Ces membres se sentent vraiment floués par leur mutualité dans laquelle il avait une confiance forte.

2) Soins de santé :

- 2.1. Les plaintes relatives aux délais de remboursement des soins de santé sont de nouveau en hausse. Il faut parfois attendre un bon mois un remboursement de plusieurs centaines d'euros, ce qui oblige certains de nos membres à postposer leurs soins de santé. Les membres concernés deviennent allergiques aux excuses standards et répétitives (Votre mutualité met tout en œuvre...).
- 2.2. La perte d'attestations de soins reste un souci récurrent. Il n'y a pas d'amélioration sensible par rapport à l'année précédente.

3) Indemnités :

- 3.1. Plusieurs plaintes ont porté sur le délai nécessaire pour le paiement des premières indemnités d'incapacité de travail (parfois deux mois ou plus) ou des indemnités réduites en cas de reprise partielle du travail. Le membre n'est pas nécessairement informé des éléments manquants (feuille de renseignement de l'employeur,...) et ce n'est souvent que s'il se manifeste qu'une action est entreprise par la mutualité; les membres s'attendent à plus de proactivité de la part de leur mutualité.

² La plupart des plaintes se rapportent heureusement à une problématique isolée. Le point E ne reprend que les plaintes pour lesquelles le Médiateur MC a estimé qu'elles révèlent une situation qui dépasse nettement le cadre individuel.

3.2. Il arrive aussi qu'un élément bloquant provisoirement l'indemnisation n'est communiqué que fort tardivement au membre alors qu'il est pouvait être connu à l'ouverture du dossier, la raison invoquée étant que les données récoltées ne sont examinées qu'une fois le dossier administratif complet. Plusieurs semaines précieuses sont ainsi perdues et sont à l'origine d'une insécurité financière aggravée pour le membre.

4) Communication avec le membre:

4.1. Trop souvent, dans des problématique complexes, il faut encore constater que le courrier envoyé au membre est un courrier standard, ce qui n'aide pas à la résolution du problème ni à sa compréhension.

4.2. Parfois, il y a aussi absence d'une communication écrite : un membre a dû attendre un an avant de pouvoir être indemnisé: il n'a jamais reçu de courrier l'informant du non-paiement des indemnités, lui expliquant les raisons du blocage de son dossier et l'informant des démarches entreprises par sa mutualité ou à entreprendre éventuellement de son côté.

5) Protection de la vie privée.

5.1 Lors du traitement d'une plainte (1^{ère} ligne initiée en octobre 2017) relative à une suspicion de consultation de données de santé par un collègue, il est apparu que les logs à l'application xRM et Cosmos de juillet 2016 n'étaient plus disponibles, un script inapproprié ayant effacé les logs de janvier à octobre 2016. Il faudrait absolument veiller à sécuriser les données relatives aux accès aux données personnelles et à redéfinir les périodes de stockage de celles-ci.

F. Recommandations

Le Médiateur doit d'abord souligner l'excellente collaboration avec les coordinateurs régionaux de plaintes et les différents services contactés en mutualité et leur souci permanent de trouver une solution répondant au mieux aux besoins du membre là où c'était possible.

Par contre, en ce qui concerne les services du SN (à l'exception notable du département Soins de santé et de la direction médicale), le délai de réaction à des questions posées par les mutualités souvent trop important ; à plusieurs reprises, le médiateur a dû encore intervenir à la demande d'un coordinateur de plaintes régional.

Le Médiateur retient trois points d'attention spécifiques pour ce rapport 2018 :

1. **La problématique des sanctions:** il serait souhaitable que la MC réfléchisse à la pertinence du maintien de certaines sanctions présentes en Assurance obligatoire et sanctionnant la remise tardive (par rapport aux délais mentionnés dans la réglementation) de certains documents. C'est le cas par exemple lors de la remise hors délais (délai de 48 h pour un chômeur ou en cas de prolongation d'une incapacité) du Certificat d'incapacité de travail, le montant des indemnités étant alors réduit de 10 % pour les jours d'incapacité précédant la date de la remise effective du certificat. La remise hors délais ne met pas en cause la reconnaissance éventuelle de l'incapacité de travail et ne cause aucun préjudice à la Mutualité gérant le dossier. Concrètement, une remise hors délais va simplement retarder le moment où le membre pourra être indemnisé, ce qui constitue déjà en soi une 'sanction' pour celui-ci. Pourquoi en ajouter une deuxième, ce qui revient à fragiliser encore plus un public devant déjà vivre avec un revenu de remplacement.
A titre d'illustration, on peut mentionner le cas d'un membre SDF dont les droits ont pu être rétablis grâce à l'aide d'un proche; son incapacité de travail a pu être reconnue avec effet rétroactif mais ses indemnités ont été diminuées de 10 % pour ladite période. Dans ce cas concret, une demande de levée de sanction pour cas digne d'intérêt était possible auprès de l'Inami mais le membre n'a pas été averti de cette possibilité par sa mutualité. C'est à la demande expresse du médiateur que cette procédure a été mise en route.
La problématique de l'utilité des certaines sanctions avait été déjà abordée en 2017 en lien avec la remise tardive du bilan logopédique.
Discipliner les assurés sociaux est-il un motif suffisant pour maintenir ce type de sanctions ?

2. Délais de paiement et traitement.

2.1. Concernant les délais de remboursement des soins de santé, la question posée par le médiateur et l'ombudsman au Copildom 'Soins de santé' en 2018 reste d'actualité: la MC peut-elle encore s'engager en 2019 vis-à-vis de tous ses membres sur un délai maximum pour procéder aux remboursement des prestations de santé.

2.2 Concernant l'instruction du dossier 'indemnité' au début d'une incapacité de travail, il faudrait réfléchir à une procédure de gestion permettant de réagir plus rapidement au retard d'envoi de la feuille de renseignement dans le chef de l'employeur ou à la présence de points de blocage pouvant empêcher, souvent provisoirement, l'indemnisation du membre.
Une fois les éléments manquant communiqués, il faudrait systématiser une procédure prioritaire pour les analyser et les traiter, le membre étant souvent depuis plus d'un mois sans revenus avec toutes les conséquences imaginables.

3. **Digitalisation de nos procédures.** Dans la mise en place de procédure digitalisées, il ne faudrait pas perdre de vue qu'une partie de nos membres soit n'est pas à l'aise avec le monde de la digitalisation soit n'a pas accès à internet. Il ne faudrait pas les stigmatiser et les laisser au bord du chemin; ils méritent toute notre attention et le maintien de canaux de communication appropriés facilement accessibles. Pour se limiter à la Belgique, le Médiateur fédéral a lancé un appel identique fin 2018 vis-à-vis des administrations publiques à l'occasion du 20^{ème} anniversaire de son institution.
A titre d'illustration, des membres plus âgés ont été fort perturbés lors de l'installation du nouveau site Web qui les a obligés à installer sur leur ordinateur un nouveau navigateur.

Eric Houtevels
Médiateur MC

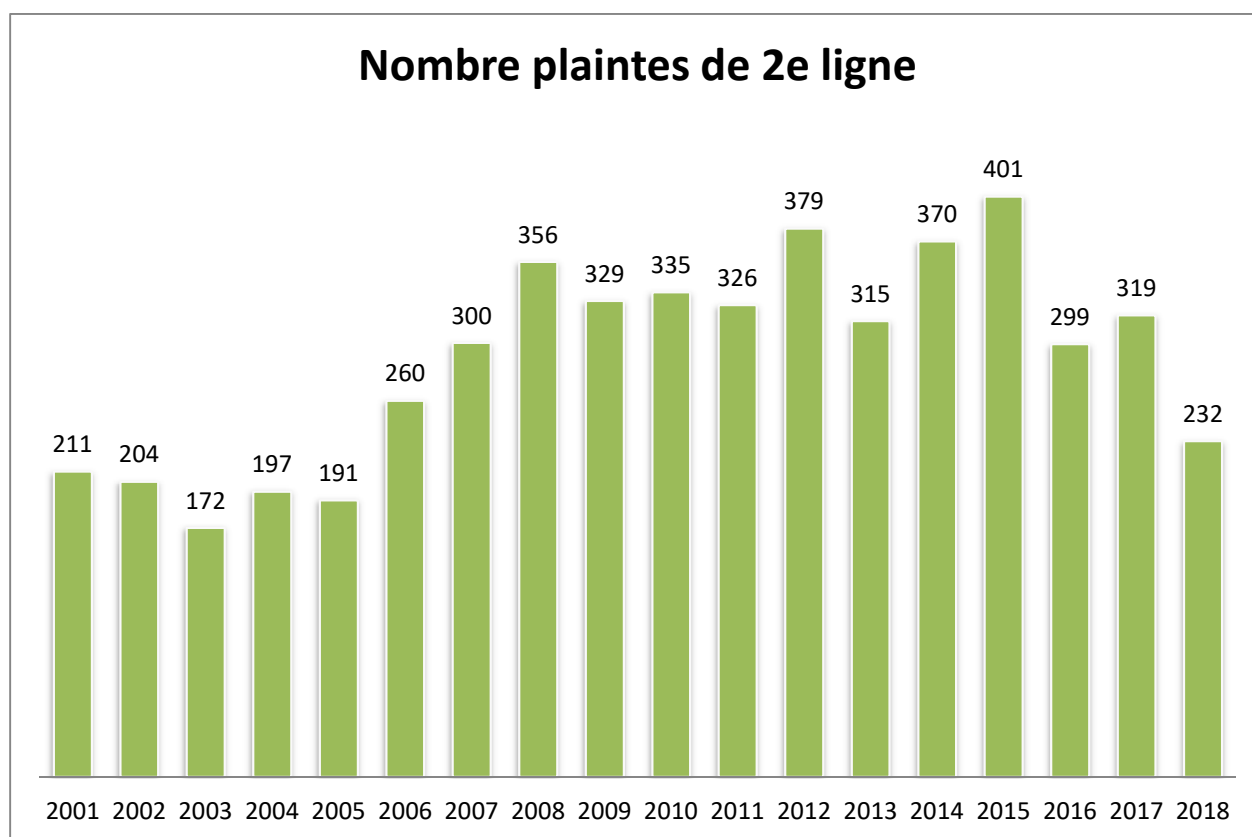
II. Rapport d'analyse des plaintes transmises en 2018 à l'Ombudsman CM

A. Nombre de plaintes

L'ombudsman CM a été contacté à 1466 reprises en 2018. À titre de comparaison : 1418 en 2017, 1288 en 2016, 842 en 2015, 645 en 2014 et 546 en 2013.

En raison du très grand nombre de contacts, nous avons, comme les 2 années précédentes, dû interpréter très strictement le concept de « plainte de 2^e ligne ». De ce fait, nous (n') avons enregistré (que) 232 plaintes comme étant de 2^e ligne.

1234 contacts ont été renvoyés pour traitement aux mutualités. Il s'agissait de plaintes de 1^{ère} ligne, signaux, demandes d'information, ... que nous avons transmis au service ou à la mutualité concerné.



Ces 4 dernières années, nous observons une tendance à la baisse du nombre de plaintes de 2^e ligne introduites auprès de l'ombudsman. Leur nombre se situe au même niveau que lors de la période 2005-2006.

Les membres nous ont contactés via les canaux suivants :

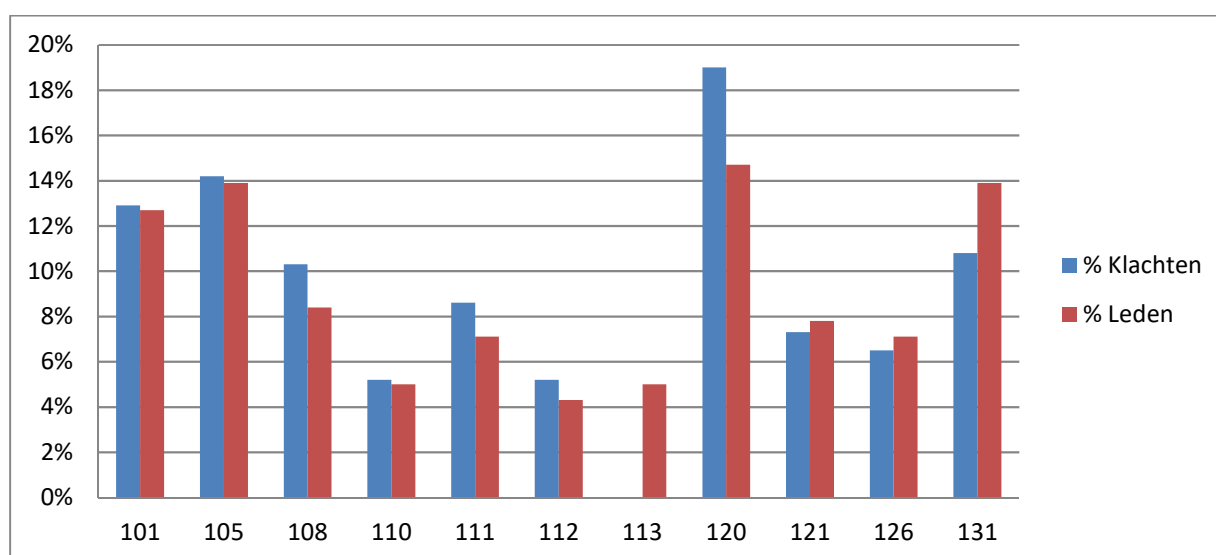
- E-mail : 76,3 %
- Téléphone : 11,2 %
- Courrier : 6,9 %
- Site web : 5,6 %

B. Les 232 dossiers se rapportaient aux mutualités suivantes :

MUT	Mut	Nombre de dossiers	% plaintes
101	Antwerpen	30	12,9%
105	Regio Mechelen-Turnhout	33	14,2%
108	Leuven	24	10,3%
110	Brugge	12	5,2%
111	Zuid-West-Vlaanderen	20	8,6%
112	Oostende	12	5,2%
113	Roeselare-Tielt	0	0,0%
120	Midden-Vlaanderen	44	19,0%
121	Waas & Dender	17	7,3%
126	Sint-Michielsbond	15	6,5%
131	Limburg	25	10,8%
TOT		232	100%

Le rapport entre le pourcentage de plaintes et le pourcentage de membres est le suivant:

	% de plaintes	% de membres
101	12,9%	12,7 %
105	14,2%	13,9 %
108	10,3%	8,4 %
110	5,2%	5,0 %
111	8,6%	7,1 %
112	5,2%	4,3 %
113	0,0%	5,0 %
120	19,0%	14,7 %
121	7,3%	7,8 %
126	6,5%	7,1 %
131	10,8%	13,9 %
TOT	100%	100%



Il est frappant de constater qu'en 2018, aucun membre de la mutualité CM Roeselare-Tielt (113) n'a introduit de recours auprès de l'ombudsman et que les membres de la CM Limburg (131) ont également introduit significativement moins de recours que prévu.

Les membres de la CM Midden-Vlaanderen (120), CM Leuven (108), CM Zuid-West-Vlaanderen (111) et la CM Oostende (112) font en revanche davantage appel aux services de l'ombudsman, et ce de manière significative.

C. Rapport entre plaintes de 2e ligne et plaintes de 1ère ligne :

Le tableau suivant indique combien de plaintes de 2^e ligne ont été formulées par rapport au nombre de plaintes de 1^{ère} ligne.

	Plaintes de 2e ligne	Plaintes de 1ère ligne	%
101	30	561	5,3%
105	33	401	8,2%
108	24	378	6,3%
110	12	441	2,7%
111	20	617	3,2%
112	12	98	12,2%
113	0	78	0,0%
120	44	2582	1,7%
121	17	265	6,4%
126	15	520	2,9%
131	25	1463	1,7%
TOT	232	7407	3,1%

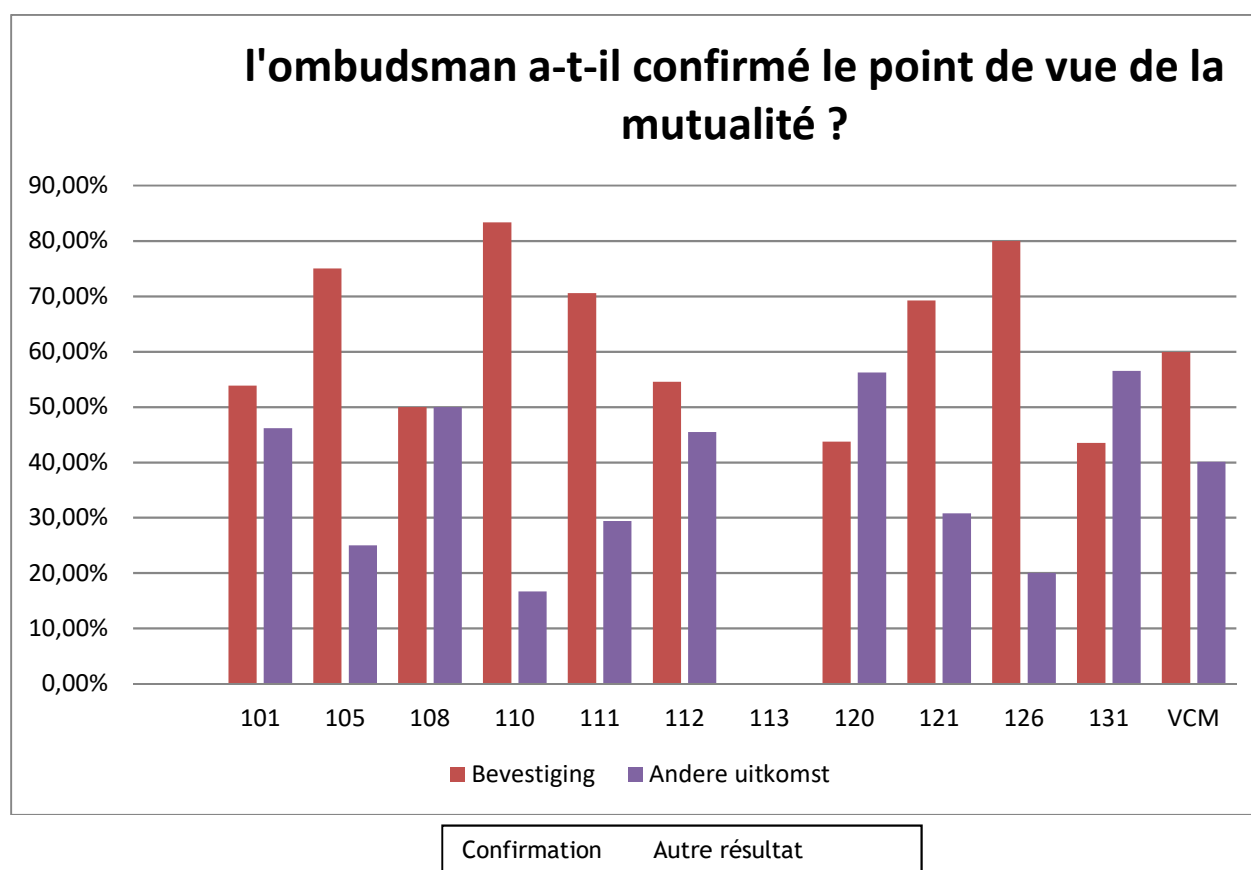
La CM Roeselare-Tielt, la CM Midden-Vlaanderen et la CM Limbourg parviennent particulièrement bien à résoudre immédiatement une plainte, à la satisfaction des membres.

Les chiffres pour la CM Ostende donnent une autre image : plus que 10% des plaintes traitées par la mutualité ont été remises à l'ombudsman pour un deuxième traitement.

D. Pourcentage des plaintes où l'intervention de l'ombudsman a généré un changement de la réponse donnée à la plainte de 1^{ère} ligne

En 2018, on a enregistré pour la première fois, pour chaque plainte traitée par l'ombudsman, si le recours à l'ombudsman s'est traduit par une confirmation du point de vue de la mutualité ou non.

Le constat est que pour l'ensemble des plaintes des VCM où il est fait appel à l'ombudsman, le point de vue de la mutualité a été confirmé par l'ombudsman dans 60% des cas. Autrement dit : dans 40% des cas, le membre a obtenu satisfaction ou a été mieux informé.



En fonction de la mutualité, la situation peut toutefois fortement diverger de la moyenne flamande. Ainsi, lors d'un recours, l'ombudsman confirme le point de vue de la mutualité CM Bruges dans 83% des cas. A la CM Limbourg, en revanche, le point de vue de la mutualité n'est suivi que dans 43% des cas.

E. Catégories de plaintes

Cette rubrique donne une indication du contenu des plaintes. Nous avons classé les plaintes des 232 dossiers traités en 17 domaines.

	Nombre de plaintes	%
Indemnités	58	25,0%
Soins de santé	51	22,0%
CM Verzekeringen (assurances facultatives)	41	17,7%
Avantages et services	17	7,3%
Assurabilité	15	6,5%
Vlaamse Sociale Bescherming (protection sociale flamande)	8	3,4%
Défense des membres	8	3,4%
Canaux de communication	7	3,0%
Boutiques de soins à domicile	6	2,6%
Épargne prénuptiale	5	2,2%
Finances (compte bancaire, domiciliation, aperçu des paiements, ...)	5	2,2%
Juridique (arrêt exécutoire et vie privée)	5	2,2%
Soins	2	0,9%
Service des plaintes	1	0,4%
Séjours de soins CM	1	0,4%
Samana	1	0,4%
Intersoc	1	0,4%
Total	232	100%

Sur les 232 plaintes traitées par l'ombudsman, 6 visaient des collaborateurs de la MC et 2 étaient introduites par des prestataires (de soins).

F. Top 4 des plaintes (72 % des plaintes)

	2018	2017	2016
1. Indemnités	25,0 %	20,5%	18 %
2. Soins de santé	22,0 %	19,4%	21 %
3. CM Verzekeringen	17,7 %	17,1%	22 %
4. Avantages et services CM	7,3 %	16,2%	13 %

Le top 4 des plaintes n'a pas changé par rapport à 2017. Il est préoccupant de constater la croissance du nombre de plainte de 2^e ligne liées aux indemnités. En 2016, la part des indemnités représentait 18%, contre 25% actuellement.

La part des plaintes liées aux Soins de santé reste stable à un niveau (trop) élevé de plus de 20%. CM-Verzekeringen parvient pour la 2^e année consécutive à maintenir le niveau des plaintes auprès de l'ombudsman à 17%.

La bonne nouvelle provient du secteur des Avantages et services CM, où le nombre de plaintes auprès de l'ombudsman a spectaculairement baissé en 2018.

G. Analyse des plaintes

Principales plaintes

1. Indemnités

- 1.1. Sanction de 10% des indemnité pour la période parce que la déclaration d'incapacité de travail a été introduite tardivement.
Les membres n'acceptent pas de subir une sanction pour cause de déclaration introduite en retard. Ils estiment avoir introduit leur déclaration le plus vite possible et que la sanction est donc injuste. Ils se plaignent du manque de clarté concernant la date d'introduction de la déclaration.
- 1.2. Manière obsolète d'introduire une déclaration ou une prolongation d'incapacité de travail.
L'INAMI ne prévoit que 2 façons d'introduire valablement une déclaration d'incapacité de travail :
- Via B-Post, où le cachet de la poste fait foi de la déclaration à temps.
 - En remettant personnellement la déclaration au service du médecin-conseil en échange d'un accusé de réception daté.
- Les membres n'acceptent pas qu'au 21^e siècle, il soit impossible d'introduire la déclaration sous forme électronique. Et la coupe est pleine quand il apparait que B-Post a perdu leur déclaration, ils n'ont alors plus aucun moyen de contester la réduction de 10% de leur indemnité pour cause de déclaration tardive.
- 1.3. Le délai de traitement des dossiers d'indemnités.
De très nombreuses plaintes se rapportaient au paiement tardif des indemnités de maladie. Souvent, ce retard est lié aux arriérés de la mutualité en matière de traitement des dossiers d'indemnités.
Une autre cause fréquente est l'absence de certains justificatifs dans le dossier. Mais plutôt que ce soit la mutualité qui contacte le membre, on attend que le membre prenne contact avec la mutualité pour l'informer du fait qu'il doit transmettre des attestations ou justificatifs complémentaires. Un contact de la mutualité avec l'intéressé aurait accéléré le déblocage administratif du dossier et évité des problèmes financiers au membre.
- 1.4. La législation complexe pour l'obtention d'une indemnité en cas d'incapacité de travail et d'invalidité ou pour leur prolongation, ou pour demander une reprise du travail partielle ou un trajet de réintégration.
Les exigences (de forme) sont complexes, les délais à respecter sont difficilement compréhensibles pour les membres, la législation et les règlements d'octroi et de calcul des indemnités sont complexes, de sorte qu'une partie des gestionnaires de dossiers éprouvent des difficultés à les maîtriser totalement.
La conséquence en est que des membres commettent des erreurs dans leur déclaration et que des gestionnaires de dossiers commettent des erreurs quand le dossier d'indemnités diverge des situations normales.
- 1.5. Le délai de paiement des indemnités en cas de reprise progressive du travail (« mi-temps médical »).
Le calcul mensuel de l'indemnité en cas de reprise progressive du travail devrait se dérouler plus aisément. Quand l'attestation salariale de l'employeur arrive à la mutualité (généralement aux environs du 6^e jour du mois suivant), il s'écoule parfois plusieurs semaines avant que l'indemnité soit calculée puis payée. La conséquence est que les membres travaillant sous « mi-temps médical » ne reçoivent leur indemnité qu'un mois après celui au cours duquel ils ont fourni la prestation.
Ces personnes en invalidité reconnue qui font des efforts pour redevenir actifs se sentent doublement flouées face aux personnes en invalidité qui restent à la maison : elles font des efforts, se forcent même, pour reprendre à temps partiel, avec comme résultat que leur indemnité est payée un mois plus tard qu'auparavant.

Plusieurs plaintes mettent en lumière une situation pénible : il ne faut pas oublier que l'indemnité est le seul revenu de nombreux malades de longue durée. Quand le paiement est interrompu ou soudainement effectué plus tard, cela génère des problèmes financiers sérieux pour les malades de longue durée. Tellement sérieux que certains n'arrivent plus à joindre les deux bouts. La MC, partenaire dans la santé comme dans la maladie, ne peut pas accepter cela.

2. Soins de santé

2.1. Délais de remboursement des attestations de soins donnés.

Le remboursement à temps des soins de santé reste chaque année un point d'attention particulière. Plusieurs mutualités ne sont pas parvenues à respecter un niveau de délai de service acceptable, essentiellement en période de vacances. Dans quelques mutualités, le retard ne s'est toutefois pas limité aux périodes de vacances. Ce service, qui relève pourtant du core business d'une mutualité, reste une source majeure de frustration des membres.

2.2. Les paiements fractionnés.

Tout ce qui est envoyé dans la même enveloppe n'est pas nécessairement payé en même temps. L'intervention pour les prestations courantes peut, grâce à la procédure de scanning semi-automatisée, être payée plus rapidement que celle pour les prestations complexes. Cela mène à des incompréhensions et à des craintes que des attestations/documents soient perdus.

2.3. Levée des boîtes aux lettres MC.

Le nombre de plaintes concernant la perte de documents déposés dans des boîtes aux lettres MC dans la même enveloppe que les attestations de soins donnés est frappant. Les ASD sont payées, mais les autres documents sont introuvables. Est-il possible que l'équipe de scanning ne connaisse rien des documents qui ne sont pas une ASD et que donc elle les classe mal ou ne les transmet pas au service compétent ?

2.4. La non-indication sur les relevés de paiement du montant réellement payé par le membre.

Bien que le montant réellement payé par le membre soit noté sur l'attestation de soins donnés, il n'est pas toujours repris sur le relevé de paiements que la MC transmet au membre. Cela signifie que le membre ne peut pas prouver à son assureur complémentaire quelle est la différence entre ce qu'il a payé et ce que la mutualité rembourse. De ce fait, le membre ne peut pas bénéficier du remboursement complémentaire de son assurance privée ou de la MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen.

3. CM Verzekeringen

3.1. Les litiges liés à une « maladie préexistante » ont mené à diverses plaintes, comme en 2017. Dans les Conditions générales du CM-Hospitaalplan, un « état préexistant » est défini comme suit : « Toute maladie, affection ou grossesse de l'assuré au moment de l'affiliation, qui est soit renseignée sur le questionnaire médical, soit non mentionnée sur le questionnaire médical, intentionnellement ou non, mais qui s'est déjà manifestée d'une façon ou d'une autre à la date d'affiliation. » Et plus loin il est précisé : « Les hospitalisations consécutives à une affection ou une maladie préexistante sont indemnisées comme suit lors des 5 premières années d'affiliation : • lors du choix pour une chambre commune ou une chambre double : selon la garantie de base • lors du choix d'une chambre individuelle : selon la garantie de base, mais sans remboursement des suppléments de chambre et d'honoraires facturés. »

La confirmation d'un « état préalable » a donc des conséquences financières sur le remboursement. Les membres contestent dès lors régulièrement la préexistence de leur maladie.

3.2. Remboursement des frais pré- et post-opératoires. Les Conditions générales indiquent : « Le CM-Hospitaalplan rembourse, en cas d'hospitalisation garantie par le CM-Hospitaalplan, les frais médicaux ambulatoires nécessaires indiqués ci-après, consentis durant une période d'un mois avant le début de l'hospitalisation et de 3 mois après la fin de l'hospitalisation garantie... » Les patients n'ont cependant pas toujours une emprise sur ce qu'est la date d'hospitalisation ou sur la date à laquelle ils doivent venir au contrôle après l'hospitalisation, de sorte que la limite de la période

d'un mois avant l'hospitalisation et de trois mois après l'hospitalisation donne lieu à des protestations.

- 3.3. Informations concernant les dispositions des Conditions générales du CM-Hospitaalplan.
Les Conditions générales précisent notamment les restrictions de remboursement. Il s'agit des actes remboursés au forfait, des stages d'attente et des restrictions en cas d'état préexistant, des stages d'attente et des restrictions en cas de mutation à partir d'une autre assurance mutualiste comparable et des stages d'attente et des restrictions différents en cas de mutation à partir d'une autre assurance privée comparable. Une grande partie des plaintes concerne la non-évocation ou l'évocation insuffisante de ces restrictions lors du contact au cours duquel on souscrit à une assurance hospitalisation.
- 3.4. La hausse soudaine et significative de la prime et de la franchise du Medikoplan n'ont, contre toute attente, conduit qu'à 2 plaintes auprès de l'ombudsman.

H. Recommandations

1. Indemnités :

1.1. Déclaration (prolongation) d'incapacité de travail :

Plaider auprès de l'INAMI pour remplacer la procédure de déclaration via B-Post, avec le cachet de la poste faisant foi, par une procédure de déclaration digitale faite par le médecin traitant.

De nombreuses déclarations qui arrivent à la MC via B-Post ne portent pas de cachet ou celui-ci n'est pas lisible. Il n'y a donc pas de preuve d'une introduction à temps. Chaque année, plusieurs déclarations sont perdues par B-Post. B-Post n'est pas conscient de l'importance de la procédure de déclaration d'une incapacité de travail.

Le moment de l'envoi digitale par le médecin traitant du formulaire de déclaration constituerait la preuve de l'introduction à temps. Ceci représenterait pour de nombreux membres une manière pratique et efficace de satisfaire à leurs obligations. La possibilité de remettre personnellement la déclaration en mutualité en échange d'un accusé de réception cacheté serait l'alternative pour les situations auxquelles il n'y a pas la possibilité d'envoyer sous forme digitale.

Le plaidoyer à l'INAMI devrait de préférence être mené dans un cadre intermutualiste.

1.2. Sanctions pour déclaration tardive :

Plaider auprès de l'INAMI la suppression des sanctions en cas d'introduction d'une déclaration ou d'une prolongation d'incapacité de travail. La date d'introduction n'a en effet aucune influence sur la reconnaissance éventuelle par le médecin-conseil.

Une personne incapable de travailler se sanctionne elle-même si elle introduit en retard sa déclaration : le paiement de ses indemnités sera lui aussi retardé. C'est déjà en soi une incitation à effectuer rapidement la déclaration. Punir en plus la personne en réduisant de 10% son indemnité pour la période de retard n'a aucune utilité. On appauvrit davantage ces personnes, qui se trouvent déjà en position difficile à cause de leur état de santé. Par l'utilisation de la procédure de déclaration digitale comme proposée au point 1.1, le risque de déclarations tardives n'existerait plus ou sera très limité. Ainsi la sanction de 10% perdrait son utilité.

Le plaidoyer à l'INAMI devrait de préférence être mené dans un cadre intermutualiste.

1.3. Le délai de traitement des dossiers d'indemnités.

Pour veiller à ce que les indemnités soient fixées et payées dans un délai acceptable (= le core business de la MC), plusieurs actions sont nécessaires :

- Examiner, avec l'INAMI et les autres unions nationales, quelles procédures et contrôles peuvent être supprimés, tout en maintenant les contrôles contre les abus.
- Une formation continue des gestionnaires de dossiers pour que tous les dossiers soient traités correctement et efficacement, même dans les cas spécifiques.
- Investir dans le domaine des indemnités pour que tous les gestionnaires de dossiers aient le temps, quand ils remarquent que des informations manquent dans un dossier ou qu'une échéance approche, de contacter proactivement le membre ou le médecin pour régler les choses. Un simple appel peut éviter de nombreux problèmes. Quand un document manquant arrive, qu'il puisse être traité immédiatement pour ne pas retarder davantage le paiement de l'indemnité.

2. Soins de santé :

2.1. Les remboursements à temps des prestations de soins de santé est notre core business, qui mérite en permanence de l'attention. La MC connaît les périodes durant lesquelles, année après année, des retards surviennent dans le paiement des prestations de soins de santé. Ces périodes de retard se sont même multipliées. Il est donc recommandé d'investir dans de nouveaux modèles de collaboration, dans du personnel, et dans l'engagement le plus efficace possible du personnel, pour répondre toute l'année à l'objectif de paiement rapide.

2.2. Le traitement du contenu des boîtes aux lettres MC :

Le nombre de plaintes liées à la perte de documents déposés dans des boîtes aux lettres MC mérite l'examen de deux aspects et des actions :

- Des documents sont-ils perdus durant le transport entre la boîte aux lettres et la mutualité ?

- Les collaborateurs des équipes de scanning savent-ils suffisamment à quels services envoyer quels types de documents pour ne pas en perdre durant le transfert ?

- 2.3. L'indication sur les relevés des paiements du montant réellement payé par le membre chez le prestataire de soins.
Il convient de rappeler aux équipes de scanning l'importance d'intégrer dans l'application de scanning le montant réellement payé qui figure sur les ASD, afin que les membres MC reçoivent un relevé des paiements qu'ils pourront utiliser auprès de leur assureur pour obtenir une intervention complémentaire.

3. CM Verzekeringen

Une formation continue ou un rafraîchissement des connaissances des conditions générales, en ce compris les restrictions associées aux stages d'attente ou aux états préexistants, sont un must. On ne peut pas simplement présumer que chaque conseiller soit au courant de tout ce qui est considéré par les CM-Verzekeringen comme des restrictions évidentes des produits d'assurance. Avant la conclusion d'une assurance, il est recommandé de parcourir avec le membre toutes les conditions, sans exception, puis de vérifier avec lui qu'il a bien tout compris. Les conditions générales doivent toujours être imprimées et transmises au membre.

Il est également important de demander à chaque conseiller de noter dans xRM quelles informations sont fournies et quelles étaient les questions spécifiques du membre, afin qu'il ne subsiste aucun doute en cas de litige à propos des informations qui ont été communiquées.

- 3.2. Dans le cadre des frais antérieurs et postérieurs à une hospitalisation, nous recommandons la possibilité de rembourser les frais pré- et post-opératoires prévus durant la période allant d'un mois avant à 3 mois après l'hospitalisation, mais qui ont ensuite été reportés par le prestataire de soins en dehors de cette période.

4. Recommandation générale

Pour terminer, en cette époque de procédures électroniques et de contacts virtuels, je recommande de toujours proposer un moyen de contact traditionnel. Pour chaque demande d'un membre, et pour chaque avantage offert, la MC doit veiller à ce qu'il existe toujours un moyen de contact manuel ou traditionnel, que tous les membres MC pourront utiliser. Y compris ceux qui ne suivent pas ou ne peuvent pas suivre l'évolution numérique.

C'est un point d'attention pour la MC que l'innovation numérique n'éloigne pas de la mutualité une partie de son public-cible, souvent les personnes les plus vulnérables.