

**RAPPORT ANNUEL 2019
DU MEDIATEUR
DES MUTUALITES CHRÉTIENNES**

Table des matières

I.	Rapport d'analyse des interpellations adressées en 2019 au médiateur des MC(FG)	3
A.	Nombre de plaintes	3
B.	La ventilation par mutualité des plaintes traitées par le médiateur des MC(FG).....	4
C.	Rapport entre plaintes de 2 ^e ligne et plaintes de 1 ^{ère} ligne.....	5
D.	Catégories de médiations	5
E.	Top 4 des médiations (74,4 %)	5
F.	Délai de traitement des médiations.....	6
G.	Analyse des médiations.....	7
H.	Recommandations	13
II.	Rapport d'analyse des plaintes transmises en 2019 à l'Ombudsman CM	16
A.	Nombre de plaintes	16
B.	Les 222 dossiers se rapportaient aux mutualités suivantes :.....	17
C.	Rapport entre plaintes de 2 ^e ligne et plaintes de 1 ^{ère} ligne :	18
D.	L'ombudsman a-t-il confirmé le point de vue de la mutualité ?	20
E.	Catégories de plaintes.....	21
F.	Top 4 des plaintes (79 % des plaintes)	22
G.	Analyse des plaintes.....	22
H.	Recommandations	27

Explications préliminaires

Quant à la procédure de traitement des plaintes au sein du groupe MC

La procédure de traitement des plaintes au sein des Mutualités Chrétiennes 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.

Quant à la médiation

Les plaintes de 2^e ligne des membres des Mutualités Chrétiennes néerlandophones sont traitées par l'Ombudsman CM, celles des membres des Mutualités Chrétiennes francophones et germanophone par le Médiateur des MC(FG) ; ce rapport annuel est donc double, car il contient leur rapport respectif.

Quant au rapport annuel et à son suivi

Outre le traitement en deuxième niveau de recours des plaintes individuelles, les deux médiateurs ont aussi un rôle de signal à l'égard de la Mutualité Chrétienne.

Conformément aux directives de l'Office de Contrôle des Mutualités (OCM), ce rapport est établi à l'intention du Conseil d'administration de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, auquel il incombe de décider du suivi.

Sur base des constatations et recommandations faites à l'occasion des dossiers de médiation, un plan annuel d'actions est établi à l'intention des services concernés, et les résultats feront l'objet d'une évaluation l'année suivante.

Les plans annuels d'actions et leur évaluation annuelle sont également communiqués à l'OCM.

I. Rapport d'analyse des interpellations adressées en 2019 au médiateur des MC(FG).

A. Nombre de plaintes

En 2019, 254 interpellations ont été adressées directement au médiateur des MC(FG). Cela représente une augmentation de 11% par rapport à 2018.

Les plaintes transférées

Le médiateur a examiné attentivement chacune des interpellations qui lui étaient adressées. Lorsqu'il a constaté que la mutualité n'avait pas encore traité la plainte faisant l'objet de l'interpellation, le médiateur a transmis cette plainte à la mutualité du plaignant tout en formulant, si nécessaire, des remarques, observations ou recommandations en fonction de ses constatations dans le dossier concerné. En formulant ces remarques, observations ou recommandations, le médiateur a pour objectif de réduire le risque de dépôt ultérieur de plainte du 2^{ème} niveau.

Ainsi, le médiateur a transféré 152 plaintes (+ 58% par rapport à 2018) aux mutualités régionales, chargées de leur traitement (1^{er} niveau).

Les médiations

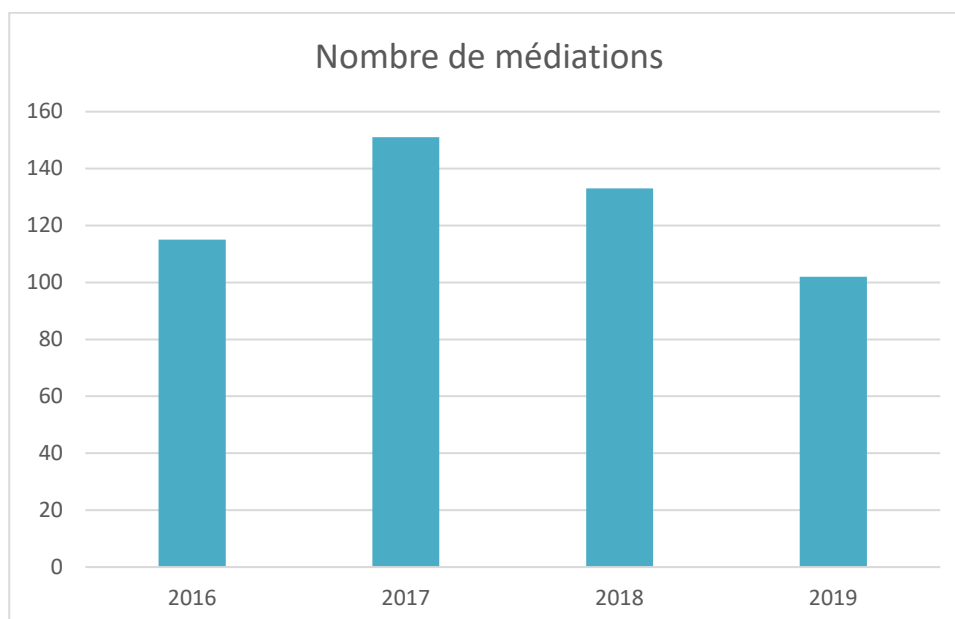
Sur les 102¹ interpellations traitées personnellement par le médiateur (- 23 % par rapport à 2018), 4 émanaient d'une instance extérieure (en l'occurrence, le Médiateur fédéral).

A noter qu'en 2019, les interpellations du service Ombudsman des assurances ont toutes été traitées par MC Assure.

92% des interpellations ont été faites via message électronique :

- 77,3% via mediateur@mc.be
- 14,7% via le formulaire de contact du site Web.

6,8% des interpellations ont été reçues par courrier postal et 0,9% par téléphone (en effet, sauf urgence le médiateur ne traite que les plaintes écrites).



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.

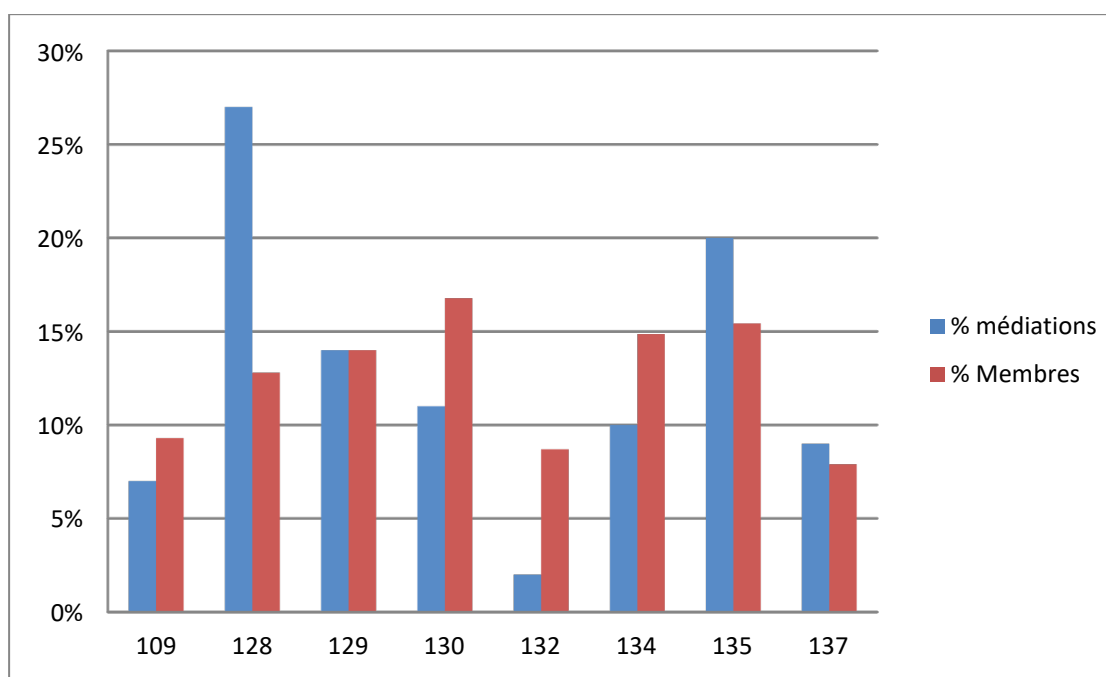
B. La ventilation par mutualité des plaintes traitées par le médiateur des MC(FG)

MUT	Mutualité	Nombre de plaintes	% de plaintes
109	Brabant wallon	7	7%
128	Hainaut oriental	27	27%
129	Hainaut Picardie	14	14%
130	Liège	11	11%
132	Province du Luxembourg	2	2%
134	Province de Namur	10	10%
135	Saint-Michel	20	20%
137	Verviers-Eupen	9	9%
TOT	MCFG	100	100%
108	CM Leuven	2	
TOT	MC/CM	102	

Deux mutualités (MC128 et 135) ont donc fait l'objet de 47% des médiations en 2019. A signaler que le médiateur des MC(FG) a aussi traité 2 interpellations pour des membres francophones de CM Leuven (CM108).

Le rapport entre le pourcentage des médiations et le pourcentage de membres (bénéficiaires) des MCFG était le suivant:

MUT	% des médiations	% de membres (bénéficiaires) des MCFG (selon l'effectif au 30-06-2019)
109	7%	9,3%
128	27%	12,8%
129	14%	14%
130	11%	16,78%
132	2%	8,7%
134	10%	14,86%
135	20%	15,43%
137	9%	7,9%
TOT	100%	100%



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

MUT	Plaintes de 2 ^e ligne (médiations)	Plaintes de 1 ^{ère} ligne	%
109	7	155	4,5%
128	27	326	8,2%
129	14	187	7,4%
130	11	102	10,7%
132	2	36	5,5%
134	10	105	9,5%
135	20	347	5,7%
137	9	75	12%
TOT	100	1333	7,5%

Chaque médiation a en principe été générée par une insatisfaction qui a subsisté après le traitement d'une plainte en première ligne. Le tableau ci-dessus donne donc une certaine idée de l'efficacité du filtrage des plaintes par leur traitement en 1^{ère} ligne.

D. Catégories de médiations

Catégories	Nombre de médiations	% des médiations
Indemnités	23	22,5%
Assurances facultatives	20	19,6%
Soins de santé	19	18,6%
Avantages et services	14	13,7%
Assurabilité	13	12,7%
Communication/contact	4	3,9%
Médecin-conseil	3	2,9%
Récupérations	2	1,9%
Défense des membres	2	1,9%
Service social	1	0,9%
0800	1	0,9%
TOTAL	102	100%

E. Top 4 des médiations (74,4 %)

		2019	2018	2017	2017
1	indemnités	22,5%	21,8%	9,3%	10,4%
2	Assurances facultatives	19,6%	26,3%	38,4%	33,9%
3	Soins de santé	18,6%	23,3%	23,3%	23,3%
4	Avantages et services	13,7%	10,5%	10,4%	Absent du top 4

Les médiations relatives aux indemnités ont continué à croître en 2019 pour atteindre la première place du top 4.

Les médiations relatives aux assurances facultatives ont fortement diminué en 2019, mais se placent tout de même en deuxième position du top 4.

Les médiations relatives aux soins de santé ont diminué en 2019, mais leur pourcentage est resté élevé.

Les médiations relatives aux avantages et services (essentiellement l'assurance complémentaire) croissent chaque année. A signaler qu'en 2019, elles étaient talonnées par les médiations concernant l'assurabilité, en augmentation.

Les autres sujets de médiations étaient beaucoup moins représentés en 2019.

Evidemment, ces constatations se fondent sur un petit nombre de cas. Il convient donc de consulter le rapport annuel global des plaintes de 1^{ère} et 2^{ème} ligne pour savoir dans quelle mesure ces constatations s'y retrouvent.

F. Délai de traitement des médiations

S'agissant de plaintes traitées en 2^{ième} niveau de recours, il est particulièrement important que le délai qui s'écoule entre la réception de la plainte et la réponse définitive qui lui est donnée soit le plus court possible.

Le tableau ci-dessous reprend le délai de traitement complet des médiations en 2019.

Délai du traitement complet	Nbre de dossiers de médiation	Nbre cumulé de dossiers
Maximum 3 jours-calendrier	49	49 (48%)
Maximum 7 jours-calendrier	21	70 (68%)
Maximum 14 jours-calendrier	19	89 (87%)
Maximum 21 jours-calendrier	4	93 (91%)
Maximum 30 jours-calendrier	7	100 (98%)
Plus de 30 jours-calendrier	2	102

Il en découle que dans 98 % des médiations, le délai maximum de traitement des plaintes fixé par la procédure nationale (30 jours) a pu être respecté.

La raison pour laquelle ce délai maximum n'a pas pu être respecté dans 2 cas est très interpellante car il s'agit de l'indisponibilité du personnel compétent et de l'absence de doublure suffisamment formée pour certaines tâches ou matières, au secrétariat national ou en mutualité. Par ailleurs, le délai de traitement de ces 2 dossiers fut extrêmement long : respectivement 73 et 115 jours-calendrier, ce qui est inacceptable, d'autant plus que le dossier dont la réponse a le plus tardé concernait une interpellation du Médiateur fédéral et que ce dernier a dû conclure que la mutualité avait été en défaut d'appliquer correctement la Charte de l'assuré social à l'égard de son membre.

La constatation positive est que près de 90 % des médiations ont pu être traitées complètement dans les 2 semaines, et que près de la moitié des médiations ont même été traitées dans les 3 jours-calendrier.

G. Analyse des médiations²

Observations générales

Dans 40% des cas - soit 41 plaintes -, la médiation a donné lieu à un déblocage ou 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.

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

Le Médiateur les remercie vivement pour leur collaboration efficace durant l'année 2019.

Observations, par sujet traité

1) Observations quant aux assurances facultatives

1.1. Nombre de médiations concernant les assurances facultatives

Le nombre de médiations relatives aux assurances facultatives a diminué en 2019 : 35 en 2018, 20 en 2019.

Signalons toutefois qu'en 2019 MC Assure a traité 13 plaintes qui lui ont été adressées par l'intermédiaire de l'Ombudsman des assurances. Le médiateur a constaté que 4 de ces 13 plaintes n'ont cependant pas été enregistrées dans XRM/DMS.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

1.2. Défauts de paiement de primes

La majorité de ces plaintes résultent de la résiliation des contrats pour non-paiement d'une ou plusieurs primes trimestrielles. Dans la plupart de ces cas, le médiateur a estimé que la résiliation décidée par MC Assure ne pouvait être remise en cause car l'historique de ces membres présentait des retards répétés de paiement ayant généré plusieurs rappels, notamment par lettre recommandée.

Dans quelques cas, le médiateur a demandé à MC Assure de reconsidérer sa décision car le défaut de paiement s'expliquait soit par des circonstances particulières dignes d'intérêt, soit par un regrettable malentendu, soit par une omission certes imputable au membre mais pour laquelle la résiliation du contrat aurait engendré un effet disproportionné pour le membre et sa famille, fidèles de longue date aux MC et s'acquittant régulièrement de ses autres cotisations. Dans ces cas-là, MC Assure a annulé sa résiliation ou réaffilié le membre sans stage.

1.3. Information et conseil lors de la souscription aux assurances

Nos membres attendent de leur agent d'assurance (leur mutualité) des conseils et des informations adaptées à leur situation. L'instauration de questionnaires (cfr obligations MiFid) plus précis et détaillés permet maintenant de mieux identifier les souhaits et besoins réels des membres au moment de la souscription aux assurances facultatives et d'éviter des malentendus ultérieurs.

Cette amélioration a permis une quasi-disparition des médiations dans lesquelles un membre remet en question l'utilité de son adhésion à l'assurance et des primes qu'il a payées, en regard de ses besoins réels. Cette amélioration était vraiment bienvenue par ces litiges étaient nombreux en 2017-2018, notamment en raison d'une campagne de marketing qui avait manqué de nuances au moment du lancement de la Dento+

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

et engendré ensuite des déceptions lorsque des membres se rendaient compte de l'inutilité de la couverture de la Dento+ dans leur cas personnel : leur confiance dans leur mutualité en était alors gravement affectée.

1.4. Information quant à la couverture des assurances souscrites

Nos membres attendent de leur agent d'assurances (leur mutualité) et de MC Assure des informations claires sur les couvertures de leur(s) assurance(s). Force est de constater que ces informations se sont améliorées et les médiations à ce sujet sont devenues plus rares en 2019. Toutefois, la complexité des produits d'assurance de MC Assure et leur lien avec certaines interventions de Solimut voire de Mutas obligent de rester vigilant : tous les membres ne sont pas forcément capables de comprendre des produits et procédures aussi complexes. L'assistance, le conseil et l'empathie sont très importants. Et pour ceux qui n'ont pas compris, une certaine bienveillance est parfois nécessaire pour un traitement équitable des dossiers.

2) Observations quant aux soins de santé

2.1. Délais de remboursement

Les plaintes relatives aux délais de remboursement des soins de santé furent particulièrement nombreuses en 2019. Dans certaines mutualités, le retard de remboursement a même régulièrement atteint un bon mois. Dans de telles situations - où on ne pouvait raisonnablement plus considérer qu'un service de qualité était encore assuré - la quasi-totalité des plaintes des membres ont dû être considérées comme légitimes. Lorsqu'il a été interpellé, le médiateur n'a donc pu que constater le retard anormal et insister auprès de la mutualité concernée pour qu'elle prenne les mesures nécessaires de résorption du retard accumulé. Mais les membres attendaient des résultats et lorsqu'ils constataient que le retard ne s'était pas résorbé au moment de leur nouvelle demande de remboursement, certains ont reformulé une plainte, souvent plus agressive que la précédente. Las, certains ne se sont plus plaints : ils ont muté vers un autre OA. Le délai de remboursement doit requérir la plus grande attention de la MC car cette activité demeure, aux yeux de ses membres, le cœur de son métier : c'est l'accessibilité financière aux soins de santé qui est en jeu ici.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

2.2. Division des remboursements

Les différences de délais de remboursement au membre d'attestations de soins ou de factures remises en même temps à la mutualité peuvent atteindre plusieurs mois. L'étalement dans le temps de ces remboursements en fonction de leur procédure de tarification respective (scanning, tarification manuelle de l'assurance obligatoire, intervention de l'AC soumise à un plafond annuel, soins à l'étranger, intervention des AF, etc.) suscite régulièrement l'incompréhension et la méfiance des membres. Il est donc important de bien communiquer avec les membres sur les délais réels ou présumés des remboursements.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

2.3. Lunettes : renouvellement des verres de même dioptrie, mais d'un tout autre type (plus complexe)

Un membre s'est vu refuser entièrement une intervention de 330 € pour un verre aux caractéristiques complexes, pour le simple motif qu'il avait reçu l'année précédente une intervention de 43,53 € pour un verre simple mais de même dioptrie.

Si l'INAMI n'avait pas abrogé en 2012 la règle interprétative de la différence, ce membre aurait pu bénéficier d'une intervention d'environ 286 € pour ce verre. Mais le fait est que lorsqu'il s'est agi de publier au Moniteur Belge les règles interprétatives de la nomenclature des soins de santé pour leur donner une force contraignante *erga omnes*, l'INAMI n'a hélas pas repris cette règle-là.

Le refus du remboursement de ce verre de lunettes est d'autant plus regrettable que sa prescription est, contrairement à celle des verres simples, réservée aux patients atteints de certaines affections visuelles énumérées limitativement par la nomenclature des soins de santé, et que ce membre en était précisément atteint.

En l'absence de règle de la différence et en ne prévoyant pas non plus d'exception lorsque les caractéristiques techniques des nouveaux verres les font appartenir à une catégorie de verres fondamentalement différentes des précédents, l'application stricte du délai de renouvellement (en l'occurrence : 2 ans) lorsque la dioptrie est inchangée produit donc un effet disproportionné et inéquitable du « tout ou rien ».

Cette constatation n'est pas anecdotique : comme défenseur de ses membres, la MC se doit de réagir face à ce manque de nuance de la nomenclature des soins de santé, et d'œuvrer en vue d'y faire réintégrer la règle de la différence.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

3) Observations quant aux indemnités d'incapacité de travail

3.1. Délai de paiement des indemnités

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 réactivité et d'initiative de la part de leur mutualité. Le dossier est souvent traité par étapes successives plus ou moins cloisonnées :

- les certificats d'incapacité de travail,
- la reconnaissance de l'incapacité de travail,
- les feuilles de renseignements (employeur(s) ou chômage d'une part, et titulaire d'autre part),
- le droit aux indemnités,
- le cas échéant, l'attestation de vacances annuelles,
- le cas échéant le dossier d'accident,
- puis le calcul des indemnités et enfin leur paiement.

Dans cette procédure, tout problème qui survient lors de l'une de ces étapes se répercute inmanquablement sur la date de paiement des indemnités en générant un retard supplémentaire, parfois important. Or, certaines étapes, notamment celle de la reconnaissance de l'incapacité de travail et celle du dossier d'accident, peuvent faire l'objet de traitements concomitants.

Il arrive 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. Une plus grande réactivité et davantage d'empathie des services indemnités seraient nécessaires. Le fil conducteur d'un dossier d'indemnités d'incapacité de travail doit être le souci permanent de payer le plus tôt possible ce revenu de remplacement.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

3.2. Coordination des informations obtenues par le circuit de papier et de celles obtenues via la Banque-Carrefour de la sécurité sociale

Souvent, le recoupement des informations émanant de ces deux sources n'est pas synchronisé, et des données déjà disponibles ne sont exploitées qu'avec retard. Or, le traitement d'un dossier d'indemnités d'incapacité de travail devrait toujours être orienté « résultat ». Et dès que l'on a atteint la période indemnisable (souvent après le mois de salaire garanti), un suivi au jour le jour du dossier devient nécessaire pour payer le plus tôt possible les indemnités au membre.

Cette constatation fait l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

4) Observations quant à la communication avec le membre

4.1. Courrier standard

Dans des problématique complexes, il faut régulièrement 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. Courrier généré automatiquement

Le courrier généré automatiquement et envoyé de façon aveugle crée régulièrement des communications inappropriées, anachroniques, superflues voire contradictoires. Les membres, qui considèrent chaque lettre comme un message personnel émanant de leur mutualité, sont très sensibles à de telles incohérences lorsque celles-ci se produisent : l'image d'une bonne administration soucieuse d'utiliser ses moyens de façon efficiente s'en trouve alors affectée.

4.3. Courrier et respect de la Charte de l'assuré social

Dans certains cas, la communication au membre doit se faire conformément à la loi instituant la Charte de l'assuré social et des lettres-types ont été créées autrefois à cet effet.

Mais ces lettres-types ne règlent pas toutes les situations dans lesquelles ladite loi impose certaines formes de communication. Force est de constater que dans ces cas-là, la loi instituant la Charte de l'assuré social n'est en fait pas respectée, en l'absence de lettres-types ad hoc. Ce défaut d'explications suffisantes d'un paiement ou de motivation claire d'une décision génère régulièrement des plaintes, parfois suivies de médiations.

5) Observation quant au respect de la Charte de l'assuré social lors du traitement des plaintes de 1^{ère} ligne

La loi instituant la Charte de l'assuré social contient des dispositions spécifiques qui s'appliquent notamment lorsqu'un assuré social adresse à la mutualité une demande écrite d'information ou d'explication concernant une décision. Les plaintes écrites relatives à l'application de l'assurance obligatoire étant souvent des demandes de ce type, leurs réponses sont alors soumises aux exigences de la loi instituant la Charte de l'assuré social.

Le médiateur a dû constater que les mutualités - qui semblent souvent avoir oublié l'existence-même de ces dispositions spécifiques - répondent aux plaintes écrites des assurés sociaux sans vérifier si leur réponse respecte les exigences de la loi instituant la Charte de l'assuré social.

Or, il est utile de rappeler que ces réponses de la mutualité peuvent être produites par l'assuré social qui contesterait une décision devant le tribunal du travail.

Dans 2 dossiers, le Médiateur fédéral a lui aussi épinglé le fait que la mutualité n'avait pas respecté les dispositions de la loi instituant la Charte de l'assuré social.

Le rôle du Médiateur - qu'il soit fédéral ou des MC(FG) - n'est jamais de se substituer aux obligations de la mutualité en matière de respect de la loi instituant la Charte de l'assuré social.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

6) Observations quant à l'assurabilité

6.1. Conventions internationales et accords transfrontaliers

Les médiations d'assurabilité concernaient généralement des situations relevant des conventions internationales : des étudiants Erasmus, des Belges (bénéficiaires ou non de pension) résidant en Espagne, des travailleurs frontaliers franco-belges ou belgo-luxembourgeois, ou des habitants des régions bénéficiant d'un accord transfrontalier avec la France ou avec l'Allemagne.

Le médiateur a constaté que la maîtrise de ces matières est limitée à un petit nombre de membres du personnel des MC : le partage des connaissances est trop restreint et les doublures sont rares ou parfois inexistantes. Les membres éprouvent donc parfois de grandes difficultés à pouvoir communiquer avec des personnes compétentes.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

6.2. Assurance continuée

Le recours systématique au statut de résident en Belgique pour régulariser des situations d'assurabilité non en règle a tendance à faire oublier l'intérêt des situations d'assurance continuée, qui permettent de retrouver un droit aux indemnités d'incapacité de travail sans devoir subir un stage (que le législateur a insidieusement porté de 6 mois à 1 an). Dans certains cas, l'assurance continuée constitue même une période assimilée pour le droit à la pension de retraite. Et si la valeur atteinte par les documents de cotisation durant l'année est suffisante, la cotisation personnelle d'assurance continuée n'est même pas due.

Le rappel de ces avantages potentiels démontre à suffisance combien les conséquences d'un mauvais conseil au membre peuvent être dommageables. Le Médiateur a toutefois dû constater que l'intérêt de l'assurance continuée - considérée peut-être par certains comme une problématique propre aux indemnités - était parfois méconnu du personnel de contact des mutualités.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

7) Observation quant au service social

Dans un certain nombre de dossiers, le Médiateur a constaté que le membre était désemparé par une situation administrative bloquée, que le service compétent de la mutualité aurait dû signaler au service social. Le lien entre les services administratifs et les services sociaux semble s'être relâché dans certaines mutualités.

Or, le service social a toujours constitué un atout important - voire une force - du service aux membres des MC. De nombreux exemples démontrent que la complémentarité des fonctions entre les services administratifs et le service social de la mutualité doit encore être exploitée. Ainsi un certain nombre de plaintes - et donc de médiations - pourraient être évitées.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

8) Observation quant à l'épargne prénuptiale

Lors d'une médiation, il est apparu qu'un courrier-type du service d'épargne prénuptiale contenait une formulation qui n'était pas conforme aux conditions statutaires de ce service.

Il a donc été demandé en 2019 au service d'épargne prénuptiale de corriger sans tarder l'erreur de formulation dans cette lettre-type.

9) Observation quant au respect des droits

Lorsqu'il a été interpellé, le Médiateur a examiné notamment :

- d'une part, si les réglementations (loi ou statuts) concernées ont été correctement,
- d'autre part, si les droits tantôt du membre des MC (pour l'assurance complémentaire), tantôt de l'assuré (pour les assurances facultatives), tantôt de l'assuré social (pour l'assurance obligatoire) ont bien été respectés.

Ainsi, en vertu de la Charte de l'assuré social, la mutualité est tenue par des obligations légales d'information et de conseil à l'égard des assurés sociaux. C'est même un droit individuel de chaque assuré social, en fonction de sa situation personnelle. La mutualité ne peut donc pas se limiter à des informations et conseils collectifs.

Conformément à la législation qui s'applique aux entreprises d'assurances et à leurs intermédiaires, MC Assure et les mutualités en leur qualité d'agents d'assurances liés à MC Assure, sont tenus par les obligations d'information et de conseil qui sont définies dans cette législation spécifique. C'est ainsi qu'il est important, par exemple, de veiller lors de la souscription d'une assurance de MC Assure, à l'adéquation de la formule d'assurance proposée, avec les besoins et souhaits et la capacité financière du preneur d'assurances et des futurs assurés. Ici aussi, il s'agit donc bien d'information et de conseil individualisés. Conformément aux statuts de la mutualité, chaque membre a aussi ses droits. Par exemple, le droit de connaître précisément, s'il en manifeste le souhait, la composition détaillée de la cotisation d'assurance complémentaire, notamment lorsque celle-ci subit une augmentation importante.

Le Médiateur a déploré en 2019 les réticences d'une mutualité à respecter ce droit élémentaire de l'un de ses assurés qui lui demandait de justifier la hausse importante de la cotisation. Les statuts mutualistes prévoient qu'une partie des cotisations d'assurance complémentaire servent à financer les asbl qui y sont désignées et dont la MC fait la promotion. Lorsque les membres des MC participent aux activités de ces asbl, qui agissent dans le prolongement des missions mutualistes, ils s'attendent à y retrouver les valeurs et principes des MC. Les membres de ces asbl ont à ce titre les droits et obligations que leur reconnaît le droit associatif. En promouvant ces asbl qu'elle subsidie, la MC engage une certaine responsabilité à l'égard de ses membres, et la MC peut être saisie des plaintes de ces membres contre leur asbl.

10) Observation quant à la défense des membres en cas d'accident thérapeutique invoqué

La défense des membres est un service de l'assurance complémentaire. Les dossiers de défense des membres en cas d'accident thérapeutique invoqué ou supposé sont souvent complexes et ardu ; le recueil d'information, les avis juridiques, les expertises médicales et les procédures judiciaires ont pour conséquence que le traitement de ces dossiers prend des mois voire des années. Pendant ce temps, la victime multiplie les contacts pour interroger sa mutualité mais a parfois l'impression qu'il ne se passe rien, que son dossier traîne, voire que la MC s'en désintéresse.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

H. Recommandations

Sur la base des constatations qu'il a faites en traitant les médiations en 2019, le Médiateur formule au Conseil d'administration de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes les recommandations suivantes.

1. Recommandation quant aux assurances facultatives

Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point F, 1.1. du présent rapport.

La procédure du traitement des plaintes au sein du groupe MC, telle qu'elle a été approuvée par le Conseil d'administration de l'ANMC et l'Office de Contrôle des Mutualités, requiert l'enregistrement de chaque plainte dans XRM/DMS.

Conformément à cette procédure, le Médiateur recommande donc à MC Assure de veiller à l'enregistrement de toutes les plaintes relatives aux assurances facultatives, y compris les plaintes qui lui sont adressées par l'intermédiaire de l'Ombudsman des assurances.

2. Recommandations quant aux soins de santé

2.1. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point F, 2.1. du présent rapport.

Le Médiateur recommande au Département des soins de santé de l'ANMC et aux mutualités de collaborer ensemble pour mettre en œuvre tous les moyens nécessaires afin qu'en règle générale le délai de remboursement des soins de santé aux membres ne dépasse plus le délai d'une dizaine de jours calendrier.

2.2. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point F, 2.2. du présent rapport.

Le Médiateur recommande aux mutualités de bien communiquer avec leurs membres sur les délais réels ou présumés des remboursements de soins de santé, en tenant compte des délais propres aux différentes procédures de tarification appliquées aux attestations de soins ou factures concernées, afin d'éviter que leurs membres ne s'inquiètent inutilement ou pensent à tort que la mutualité a perdu certains documents.

2.3. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point F, 2.3. du présent rapport.

L'application stricte du délai de renouvellement des verres de lunettes lorsque la dioptrie est inchangée mais que les nouveaux verres ont des caractéristiques techniques qui les font appartenir à une catégorie de verres fondamentalement différentes des précédents et qui sont réservés aux patients atteints d'affections bien définies, produit sur le plan du remboursement un effet disproportionné et inéquitable du « tout ou rien ».

Comme défenseur de ses membres, la MC se doit de réagir face à ce manque de nuance de la nomenclature des soins de santé, et d'œuvrer en vue d'y faire réintégrer une disposition équivalente à l'ancienne règle interprétative de la différence.

Le médiateur recommande donc au Département des soins de santé de l'ANMC de sensibiliser les représentants des organismes assureurs à l'effet inéquitable de la réglementation actuelle, et de proposer une solution correctrice à la Commission nationale de convention avec les opticiens, qui se tient au sein de l'INAMI.

3. Recommandations quant aux indemnités d'incapacité ce travail

3.1. Cette recommandation fait suite aux constatations décrites sous le point F, 3.1. & 3.2. du présent rapport.

Le Médiateur recommande au Département des indemnités de l'ANMC et aux mutualités de collaborer ensemble pour mettre en œuvre tous les moyens nécessaires afin d'optimiser la procédure aboutissant au paiement des indemnités d'incapacité de travail, de sorte que :

- le délai nécessaire pour le paiement des premières indemnités d'incapacité de travail soit le plus court possible,

- toutes les informations disponibles, quel que soit leur circuit (papier ou BCSS), soient rapidement recoupées et exploitées pour faire progresser le dossier d'indemnités,
- la mutualité soit plus réactive et prenne immédiatement des initiatives lorsqu'elle constate un élément bloquant ou retardant le paiement des indemnités attendues,
- le traitement de chaque dossier d'indemnités d'incapacité de travail soit réellement orienté « résultat » et soit suivi en permanence de façon globale jusqu'à ce que le membre reçoive effectivement son revenu de remplacement.

3.2. Cette recommandation est reprise du rapport annuel du Médiateur de l'année précédente.

Le Médiateur rappelle qu'il a recommandé l'année passée au Département des Indemnités et à la Direction médicale de l'ANMC d'œuvrer en collaboration avec les autres Unions nationales et l'INAMI, en vue de la mise en place d'un circuit digitalisé de déclaration d'incapacité de travail, qui aurait pour effet d'exonérer les assurés sociaux de la responsabilité du délai de transmission de ces déclarations.

Le Médiateur a appris avec satisfaction que depuis cette recommandation un groupe de travail s'est créé à cet effet au sein du CIN. Mais entre-temps la crise du Coronavirus en 2020 a permis de faire l'expérience de certaines mesures provisoires d'assouplissement de la procédure de déclaration d'incapacité de travail. Tout cela devrait alimenter la recherche d'une solution structurelle et accélérer sa mise en place, visant à protéger définitivement les assurés sociaux du risque de sanction pour déclaration tardive.

4. Recommandation quant au respect de la Charte de l'assuré social lors du traitement des plaintes de 1^{ère} ligne

Cette recommandation fait suite aux constatations décrites sous les points F, 4.3. & F, 5. du présent rapport.

Le Médiateur recommande au Département des services de l'assurance de l'ANMC de veiller à rappeler aux mutualités, outre l'obligation d'information et de conseil, les diverses obligations de la loi du 11 avril 1995 instituant la Charte de l'assuré social, et en particulier les obligations particulières qui en découlent respectivement pour les soins de santé et les indemnités d'incapacité de travail.

Citons, de façon non exhaustive, les dispositions suivantes, qui s'appliquent notamment au traitement de plaintes de première ligne :

- l'article 160 quinquies, alinéa 2, de l'arrêté royal du 03-07-1996 exécutant la loi sur l'assurance-soins de santé obligatoire.
- les articles 245quinquies à 245octies du même arrêté royal.

5. Recommandations quant à l'assurabilité

5.1. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point F, 6.1. du présent rapport.

Le Médiateur recommande au Département assurabilité de l'ANMC de collaborer avec les mutualités pour veiller à améliorer le partage des connaissances au sein du personnel des MC, au sujet des situations d'assurabilité relevant des conventions internationales : étudiants Erasmus, Belges (bénéficiaires ou non de pension) résidant en Espagne, travailleur frontalier franco-belges ou belgo-luxembourgeois, ou habitants des régions bénéficiant d'un accord transfrontalier avec la France ou avec l'Allemagne.

La mise en place de doublures suffisantes devrait alors permettre aux membres de trouver plus aisément des interlocuteurs compétents dans ces matières au sein du personnel des mutualités.

5.2. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point F, 6.2. du présent rapport.

Le Médiateur recommande aux mutualités de rappeler à leur personnel de contact avec les membres, qu'il convient dans certains cas d'exploiter une solution d'assurance continuée plutôt que comme résident en Belgique, pour régulariser l'assurabilité du membre, compte tenu des avantages qui sont propres aux effets de l'assurance continuée. Un mauvais conseil au membre peut en effet, dans certains cas, avoir des conséquences graves sur le droit aux indemnités du membre concerné.

6. Recommandation quant au service social

Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point F, 7. du présent rapport.

Le Médiateur recommande aux mutualités de davantage impliquer leur service social lorsqu'un service administratif de la mutualité constate qu'un membre est en désarroi en raison d'un blocage dans son dossier.

7. Quant à la défense des membres en cas d'accident thérapeutique invoqué

Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point F, 10. du présent rapport.

Il est important que la MC prenne l'initiative de communiquer régulièrement avec le membre concerné pour l'informer de l'évolution de son dossier ou, le cas échéant, pour lui expliquer la raison pour laquelle son dossier n'a pas évolué. Si le gel du dossier est dû à l'attitude d'une tierce personne (avocat ou expert, par exemple), des rappels réguliers doivent lui être adressés dans une optique de résultat.

Si, au contraire, la MC est d'avis que les faits ne peuvent pas être qualifiés d'accident thérapeutique ou que l'insuffisance d'éléments probants ne permet pas de mener à bien un dossier d'indemnisation, la MC doit, dès le moment opportun, communiquer au membre son opinion de façon claire et motivée. Il est inutile de faire durer des dossiers dont l'issue serait manifestement négative.

Le Médiateur recommande donc aux mutualités, au Département juridique et à la Direction médicale de l'ANMC de collaborer ensemble et avec les éventuels intervenants (expert, avocat) en vue d'une gestion plus rapide, réactive et transparente des dossiers de défense des membres en cas d'accident thérapeutique.

Luc Bodson

Médiateur des Mutualités Chrétiennes francophones et germanophone

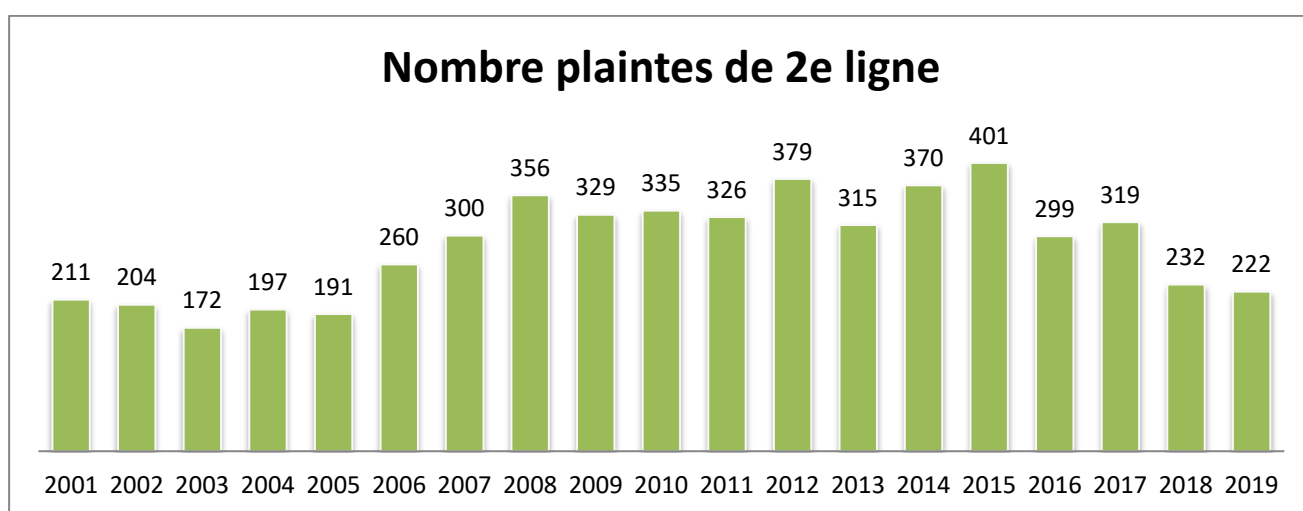
II. Rapport d'analyse des plaintes transmises en 2019 à l'Ombudsman CM

A. Nombre de plaintes

L'ombudsman CM a été contacté à 784 reprises en 2019. À titre de comparaison : 1466 en 2018, 1418 en 2017, 1288 en 2016, 842 en 2015, 645 en 2014 et 546 en 2013.

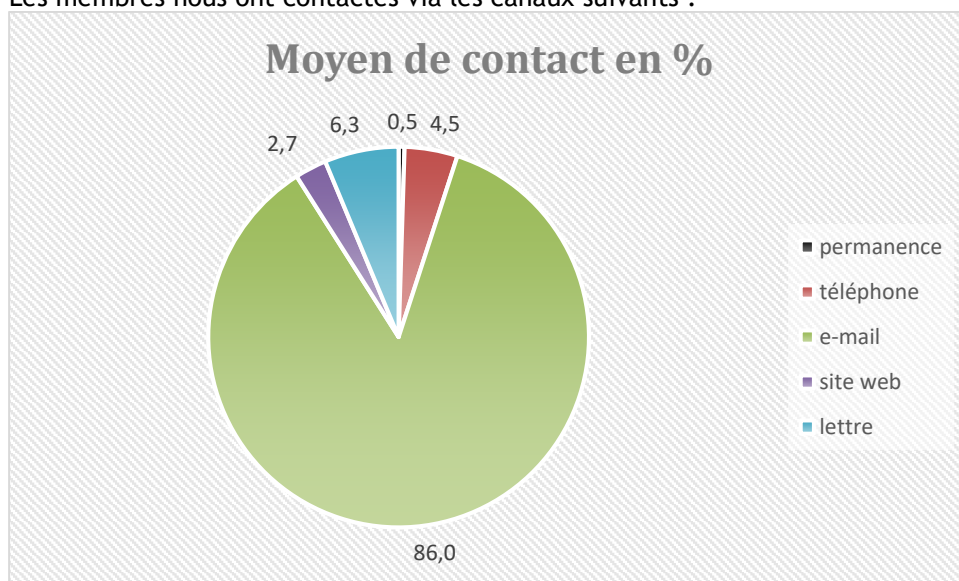
En raison du grand nombre de contacts, nous avons, comme les années précédentes, dû interpréter strictement le concept de « plainte de 2^e ligne ». De ce fait, nous (n') avons enregistré (que) 222 plaintes comme étant de 2^e ligne.

562 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 concernée.



Ces 4 dernières années, nous observons une tendance à la baisse du nombre de plaintes de 2^e ligne introduites auprès de l'ombudsman CM. Leur nombre se situe au même niveau que lors de la période 2001.

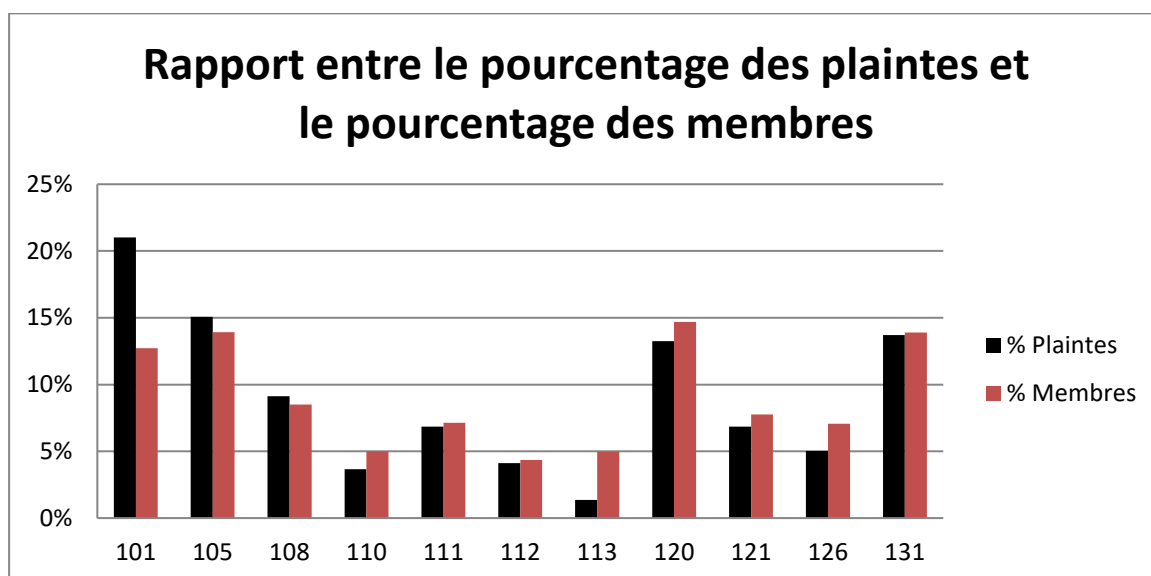
Les membres nous ont contactés via les canaux suivants :



Le traitement d'une plainte par l'ombudsman prenait en moyenne 9 jours.

B. Les 222 dossiers se rapportaient aux mutualités suivantes :

MUT	Mut	Nombre de dossiers	% plaintes	% de membres
101	Antwerpen	46	20,7%	12,7 %
105	Regio Mechelen-Turnhout	33	14,9%	13,9 %
108	Leuven	20	9,0%	8,5 %
110	Brugge	8	3,6%	5,0 %
111	Zuid-West-Vlaanderen	15	6,8%	7,1 %
112	Oostende	9	4,1%	4,3 %
113	Roeselare-Tielt	3	1,4%	5,0 %
120	Midden-Vlaanderen	29	13,1%	14,7 %
121	Waas & Dender	15	6,8%	7,8 %
126	Sint-Michielsbond	11	5,0%	7,1 %
131	Limburg	30	13,5%	13,9 %
-	MC non-spécifiée	3	1,4%	/
TOT		222	100%	100%



Il est frappant de constater qu'en 2019, les membres de la CM Anvers (101) ont fait appel nettement plus souvent aux services de l'ombudsman que leur part dans l'ensemble des membres des VCM. Les membres de la CM Roeselare-Tielt (113), en revanche, ont eu significativement moins recours aux services de l'ombudsman.

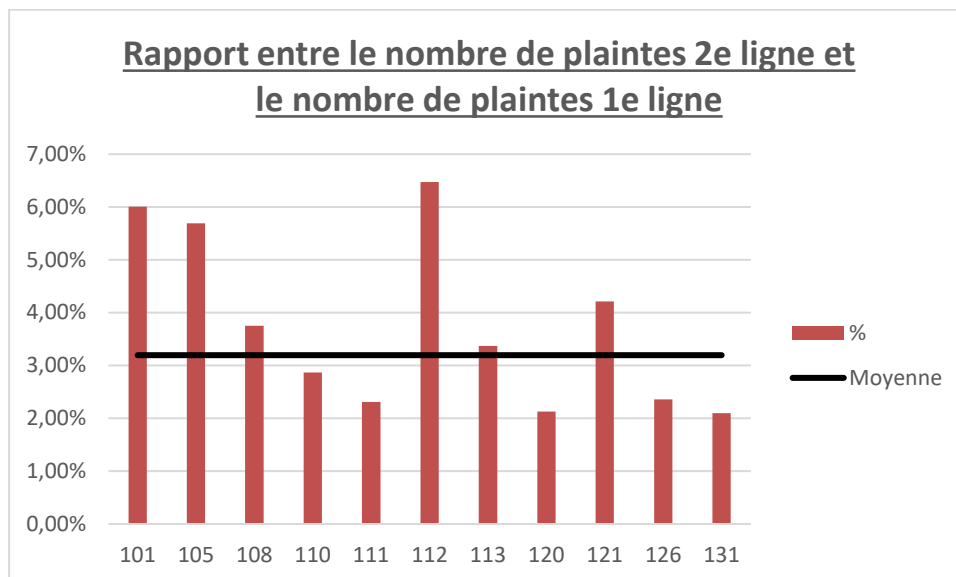
C. Rapport entre plaintes de 2^e ligne et plaintes de 1^{ère} ligne :

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

	Mutualité	Plaintes de 2e ligne	Plaintes de 1ère ligne	%
101	Antwerpen	46	766	6,01%
105	Regio Mechelen-Turnhout	33	580	5,69%
108	Leuven	20	533	3,75%
110	Brugge	8	279	2,87%
111	Zuid-West-Vlaanderen	15	649	2,31%
112	Oostende	9	139	6,47%
113	Roeselare-Tielt	3	89	3,37%
120	Midden-Vlaanderen	29	1362	2,13%
121	Waas & Dender	15	356	4,21%
126	Sint-Michielsbond	11	466	2,36%
131	Limburg	30	1429	2,10%
-	MC non-spécifiée	3	299	1,00%
TOT		222	6947	3,20%

La CM Zuid-West-Vlaanderen, CM Midden-Vlaanderen, CM Sint-Michielsbond et CM Limburg comptent proportionnellement peu de membres qui font appel à l'ombudsman après avoir déposé une plainte auprès de leur mutualité.

À l'autre extrémité du spectre, il est frappant de constater qu'un nombre proportionnellement important de membres de la CM Antwerpen, de la CM Regio Mechelen-Turnhout et de la CM Oostende sollicitent l'ombudsman en réponse à leur plainte de première ligne dans leur mutualité.



Il n'est pas facile d'en tirer une conclusion. Le rapport entre le nombre de plaintes de première ligne et le nombre de plaintes de deuxième ligne peut avoir des causes diverses :

- Le degré d'enregistrement des plaintes de première ligne
- Le soin apporté à l'examen de la plainte en première ligne
- La politique de la mutualité à l'égard des membres insatisfaits
- Les attentes des membres envers leur mutualité

Pour cette raison, aucune conclusion ne peut être tirée du ratio élevé de plaintes de 2^e ligne à la CM 112 Oostende. Étant donné le faible nombre de plaintes enregistrées en 1^{ère} ligne, il y a de fortes chances que l'on obtienne ici une image biaisée.

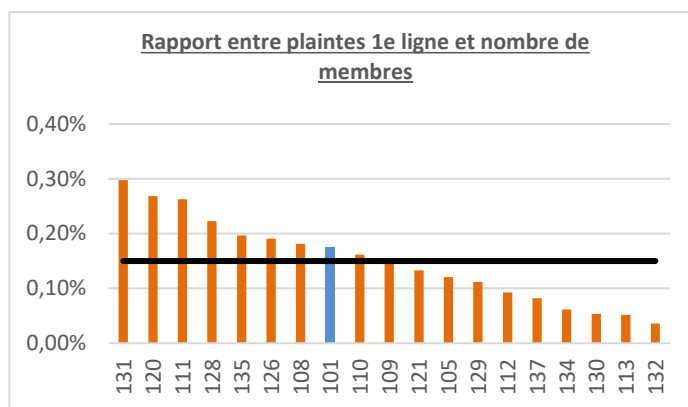
Ce n'est pas le cas de la CM 101 Antwerpen.

La mutualité CM Antwerpen (101) a un taux d'enregistrement des plaintes cohérent (rapport de plaintes de 1^{ère} ligne par rapport au nombre de membres). Cela indique que les plaintes y sont effectivement reconnues comme telles et enregistrées.

Ceci, combiné à un ratio exceptionnellement élevé du nombre de plaintes de 2^e ligne (recours au médiateur) par rapport au nombre de membres et un ratio élevé par rapport au

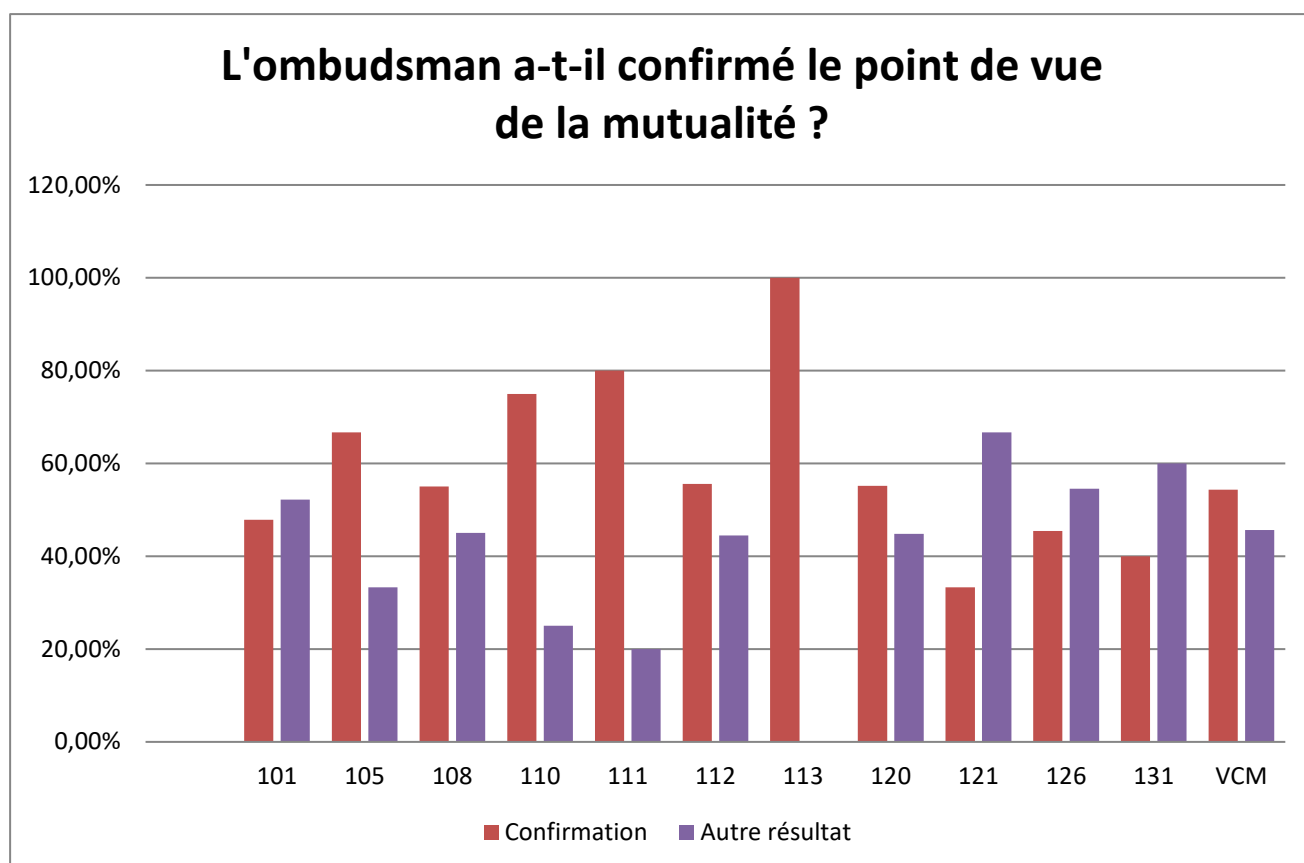
nombre de plaintes de 1^{ère} ligne, indique une part plus élevée de membres insatisfaits que ce qui est habituel pour les VCM. La cause réside dans la suppression complète des moments d'accès libre aux agences, combinée à un centre de contact qui ne pouvait pas traiter les appels (y compris ceux pour demander un rendez-vous en agence), dans des difficultés pour constituer les dossiers d'incapacité de travail et dans un retard de paiement des indemnités.

Les membres de la CM 105 regio Mechelen-Turnhout sont également proportionnellement plus nombreux à faire appel à l'ombudsman pour leur plainte. Il s'agissait de plaintes comparables. Il existe une collaboration poussée entre les CM 101 et 105, qui n'a cependant pas entraîné une satisfaction élevée des membres.



D. L'ombudsman a-t-il confirmé le point de vue de la mutualité ?

Le constat est que, pour l'ensemble des plaintes liées aux VCM, pour lesquelles un recours a été introduit auprès du médiateur, celui-ci confirme la position de la mutualité dans 55 % des cas. En d'autres termes, il apparaît que le recours à l'ombudsman CM apporte une plus-value au plaignant dans 45 % des cas. Dans 36 % du nombre total de plaintes, la plus-value consiste à obtenir un avantage, dans 9 % du nombre total de plaintes, la plus-value consiste à obtenir des informations, à la suite desquelles le demandeur accepte la position de sa mutualité.



En fonction de la mutualité, la situation peut toutefois fortement diverger de la moyenne flamande. Ainsi, dans plus de 75 % des cas, l'ombudsman confirme en appel l'avis des mutualités CM Brugge, CM Zuid-West-Vlaanderen et CM Roeselare-Tielt. Le point de vue de la CM Waas & Dender, en revanche, n'est suivi que dans 1 cas sur 3.

E. Catégories de plaintes

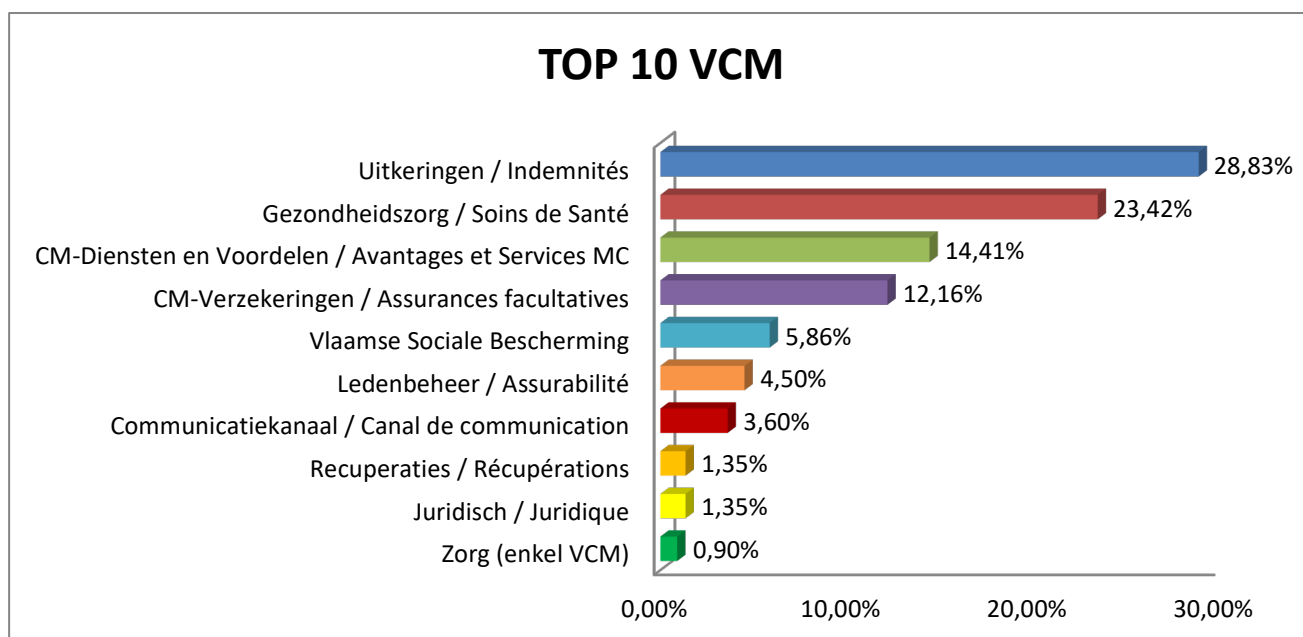
Cette rubrique donne une indication du contenu des plaintes. Nous avons classé les plaintes des 222 dossiers traités en 17 domaines.

Sur les 222 plaintes traitées par l'ombudsman CM, 8 visaient des collaborateurs des VCM et 3 étaient introduites par des prestataires de soins.

	plaintes	plaintes fondées	Rapport entre les plaintes fondées et le total des plaintes
Indemnités	64	26	40,6%
Soins de santé	52	25	48,1%
Avantages et services	32	15	46,9%
CM Verzekeringen (assurances facultatives)	27	11	40,7%
Vlaamse Sociale Bescherming (Protection Sociale Flamande)	13	8	61,5%
Assurabilité	10	1	10,0%
Canaux de communication	8	5	62,5%
Juridique (arrêt exécutoire et vie privée)	3	2	66,7%
Récupérations	3	1	33,3%
Soins VCM / Zorg VCM	2	1	50,0%
Défense des membres	2	0	0,0%
Finances (compte bancaire, domiciliation, relevé des paiements, ...)	1	1	100,0%
Autre législation	1	1	100,0%
Séjours de soins CM	1	1	100,0%
Autres	1	1	100,0%
Goed	1	0	0,0%
Kazou	1	0	0,0%
Total	222	99	44,6%

Les lois et les règles que les mutualités doivent respecter sont complexes. Les membres des VCM ont généralement du mal à avoir une idée précise de l'aide à laquelle ils ont droit et des conditions qu'ils doivent remplir. C'est là une cause de plaintes.

Les membres ont l'impression d'être négligés et déposent une plainte. Toutefois, après examen de la plainte, il apparaît que leur dossier a été correctement géré par leur mutualité. La proportion de plaintes injustifiées concernant la gestion des affiliations (gestion des membres) illustre cette situation. Mais cela se produit également dans les domaines des indemnités, des soins de santé, des services & avantages VCM et des assurances des VCM.



F. Top 4 des plaintes (79 % des plaintes)

		2019	2018	2017	2016
1	indemnités	28,8%	25%	20,5%	18%
2	Soins de santé	23,4%	22%	19,4%	21%
3	CM Diensten & Voordelen	14,4%	7,3%	16,2%	13%
4	CM-Verzekeringen	12,2%	17,7%	17,1%	22%

Les CM-Verzekeringen ont reculé d'1 place dans le top 4 des plaintes adressées à l'ombudsman, par rapport à la situation en 2018: l'ombudsman a reçu un tiers de plaintes en moins concernant les CM-Verzekeringen qu'en 2018. Pour les CM Diensten & Voordelen, c'est exactement le contraire : le nombre de plaintes adressées à l'ombudsman a presque doublé. En ce qui concerne les indemnités et les soins de santé, un nombre de plaintes similaire à celui de 2018 a été reçu.

G. Analyse des plaintes

Le ombudsman CM souligne l'excellente collaboration avec les coordinateurs régionaux de plaintes et les différents services contactés en mutualité ou au secrétariat national et leur souci permanent de trouver une solution répondant au mieux aux besoins du membre là où c'était possible.

Le ombudsman CM les remercie vivement pour leur collaboration efficace durant l'année 2019.

Le contenu d'une plainte en apprend beaucoup à une organisation sur les aspects de la prestation de services qui peuvent être améliorés. C'est pourquoi il est important d'analyser les plaintes, d'en tirer des enseignements et de formuler des recommandations pour les améliorer. C'est ce que nous faisons dans ce chapitre et le suivant.

Cependant, les analyses qui suivent ne doivent pas conduire à la conclusion que la majorité des membres des Mutualités Chrétiennes sont confrontés à des services insuffisants. L'exemple suivant pour les indemnités aide à mettre les choses en perspective :

En 2019, 64 plaintes en lien avec les indemnités ont été soumises à l'ombudsman CM et 23 plaintes au médiateur. Il s'agit de membres qui étaient si mécontents qu'ils ont pris la peine de plaider leur cause auprès de l'ombudsman/du médiateur. En outre, 1841 plaintes concernant les indemnités ont été déposées directement auprès des mutualités. Par rapport aux 217.799 membres qui ont un dossier d'indemnités

ouvert aux Mutualités Chrétiennes, il s'agit d'un nombre limité de plaintes. Cela ne change rien au fait que toute plainte, pour autant qu'elle soit fondée, est une plainte de trop.

Principales plaintes

1. Indemnités

En 2018, l'ombudsman CM a reçu un grand nombre de plaintes qui provenaient d'une mauvaise gestion du dossier d'indemnités parce que certains des gestionnaires de dossiers n'avaient pas acquis une expertise suffisante pour traiter correctement les dossiers complexes.

En 2019, beaucoup moins de plaintes de ce type ont été soumises à l'ombudsman.

Par ailleurs, les points litigieux que j'ai soulevés dans le rapport annuel de 2018 reviennent encore en 2019.

- 1.1. Sanction de 10 % sur l'indemnité pendant la période de déclaration tardive de l'incapacité de travail :
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 apparaît 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.
- 1.4. La procédure 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.
La conséquence en est que des membres commettent des erreurs dans leur déclaration et que les dossiers sont difficiles à gérer au sein de la mutualité.
- 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.
Le fait que la mutualité ne puisse commencer à calculer l'indemnité qu'une fois que l'employeur a envoyé l'attestation salariale est un premier facteur de retard.
En 2017/2018, lors des discussions avec l'INAMI sur le calcul des indemnités dans les situations d'incapacité de travail combinée à un travail autorisé, la MC a fait valoir que ce contrôle du nombre réel d'heures travaillées ne devrait pas être effectué sur une base mensuelle, mais uniquement sur la base de données trimestrielles. De cette manière, la mutualité n'a pas à attendre l'attestation salariale mensuelle de l'employeur indiquant le nombre d'heures travaillées pour verser l'indemnité. Les autorités n'ont pas répondu à cette demande. Elles ont estimé que les mutualités ne vérifiaient pas suffisamment, de cette manière, si les indemnités étaient versées pour les périodes pendant lesquelles le bénéficiaire était au travail.

En raison du volume des dossiers d'indemnités et de l'organisation interne de la mutualité, il n'est pas rare qu'il faille plusieurs jours avant que le dossier d'indemnités ne soit traité. Cela donne des situations où les membres ayant "mi-temps médical" ne reçoivent leur indemnité qu'un mois après la fin du mois au cours duquel ils ont effectué des prestations. 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.

Bien que la situation soit meilleure que les années précédentes, des plaintes ont de nouveau été formulées cette année concernant l'absence de remboursement des soins de santé. Plusieurs mutualités ne sont pas parvenues à atteindre les service levels.

Cependant, 2019 est aussi la première année où l'introduction de l'attestation électronique a eu un impact positif sur la rapidité du remboursement. Les attestations de soins donnés soumis à la mutualité via ce circuit numérique sont payées dans les deux jours.

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

Ce motif de plainte a également été identifié l'année dernière et n'a pas encore été résolu.

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.

2.3. La limitation à 1 remboursement par jour d'une prestation donnée ou le non-remboursement d'un certain nombre de combinaisons de prestations sur 1 jour.

Il s'agit d'une restriction légale qui vise à décourager la population de suivre des traitements présentant un risque pour la santé (comme les scanners) ou des combinaisons de traitements qui ne sont pas médicalement compatibles. Les plaignants indiquent qu'en tant que patients, ils ne sont pas au courant de ces restrictions et n'acceptent donc pas qu'eux, et non le prescripteur, en soient la dupe, parce qu'ils ont payé pour le traitement et n'ont rien récupéré.

2.4. Alimenter le compteur MAF avec la quote-part personnelle payée pour un traitement chez un kinésithérapeute non conventionné.

Ces dernières années, le programme informatique de la MC ne permettait pas d'encoder correctement dans le compteur MAF (compteur de factures maximum) la quote-part personnelle payée par les patients chez des kinésithérapeutes non conventionnés. De ce fait, un certain nombre de membres n'ont pas atteint le montant maximum de tickets modérateurs, échappant ainsi à certains remboursements. Le fait que la MC n'ait pas réussi à corriger l'erreur en remboursant à ces membres le montant correct a causé une forte insatisfaction parmi les membres.

2.5. La communication lors du remboursement dans le cadre de la facture MAF.

La MC ne parvient pas à informer les membres sur la façon dont le montant qu'ils ont reçu a été calculé. Les membres n'acceptent pas que, par manque d'information, ils ne puissent pas vérifier si la MC leur a versé le montant correct. Cela mine la confiance dans la MC.

3. CM-Diensten & Voordelen

3.1. Pas de compensation en cas de problèmes avec les statuts ou en cas d'erreur de la MC.

Une mutualité ne peut offrir ses propres services et avantages qu'à condition que les critères à remplir pour avoir droit à ce service ou à cet avantage soient décrits dans les statuts de la MOB Diensten en Verrichtingen.

Par ailleurs, l'Office de contrôle des mutualités (OCM, qui fait partie de l'INAMI) veille à ce qu'aucune mutualité n'accorde à ses membres des services et avantages qui soient contraires aux conditions publiées dans les statuts. Lors des contrôles, l'OCM sanctionne la mutualité pour toute intervention contraire aux statuts. La mutualité est également tenue de réclamer à l'affilié l'avantage injustement accordé.

L'assemblée générale de la mutualité a le droit de modifier les statuts.

- Par conséquent, il arrive que des membres aient droit à un avantage au moment où ils s'informent, à condition qu'ils puissent produire certaines pièces justificatives. Or, certains éléments de preuve mettent du temps avant d'être disponibles (par exemple les jugements d'un tribunal). Lorsque le membre peut enfin introduire les pièces justificatives, les statuts ont changé et il apparaît que le membre n'a plus droit à l'avantage.
- Il arrive également qu'un collaborateur de la MC informe mal le membre sur les avantages auxquels il a droit ou donne des informations incorrectes sur les justificatifs que le membre doit fournir.

Lorsque le membre propose par la suite de demander un avantage, parfois même en engageant des frais pour obtenir les pièces justificatives, il apparaît que le membre n'a pas droit à l'avantage selon les statuts.

Dans ces situations, il est impossible pour la mutualité de verser l'avantage promis, car l'OCM n'autorise aucun paiement contraire aux statuts. L'OCM a explicitement informé la MC qu'il n'autorise pas de paiements exceptionnels sur la base d'informations fausses prouvées données aux membres par des collaborateurs MC. Cela signifie qu'une mutualité MC ne peut pas indemniser le membre pour les conséquences de la faute du collaborateur.

Les membres n'acceptent pas que, de cette manière, la mutualité n'ait pas à supporter les conséquences des décisions prises par l'assemblée générale ou les conséquences des erreurs commises par un collaborateur. Les plaintes supplémentaires qui en résultent expliquent l'augmentation des plaintes dans le domaine des Services et avantages MC.

4. CM-Verzekeringen

L'ombudsman a reçu remarquablement moins de plaintes concernant les assurances des VCM en 2019 qu'en 2018. En 2019, il y a eu 27 plaintes.

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. Surtout dans les cas où l'hôpital déplace les rendez-vous pris.

Les membres qui ont souscrit au CM-Mediko Plan en plus du CM-Hospitaalplan ne sont pas confrontés à ce problème. Les consultations en dehors des périodes pré et postopératoires sont remboursées par le CM-Mediko Plan en tant que traitement médical ambulatoire.

5. Transport de malades

5.1. Transport urgent de malades :

Le coût du transport urgent de malades en Belgique est réglementé par la loi. Il s'agit du prix de coût facturé pour le déplacement de l'ambulance, du SMUR et de l'hélicoptère après un appel au 112. Cette réglementation clarifie ce qui est à la charge du patient et ce qui ne l'est pas.

Un problème se pose lorsqu'un hôpital fait effectuer un transport urgent par un service d'ambulance

privé entre 2 hôpitaux d'un réseau hospitalier différent. En raison du choix de l'hôpital d'opter pour une ambulance privée, le patient a dû payer une facture importante pour laquelle il n'a pas reçu d'intervention.

5.2. Transport non urgent de malades :

La facturation au patient des frais de transport non urgent des malades a également surpris de manière négative un certain nombre de membres des VCM.

La mutualité n'intervient dans le coût du transport non urgent des malades que si le membre a contacté Mutas au préalable

- de et vers l'hôpital
- pour un traitement oncologique
- pour une dialyse rénale.

(Exception : la règle temporaire selon laquelle la mutualité assure une fois une intervention limitée pour un transport non-Mutas)

Le problème se pose lorsque le membre se trouve quelque part en traitement et que ce n'est pas lui qui organise le transport, mais l'établissement où il est admis. L'établissement ou le prestataire ne prend pas toujours en compte la condition selon laquelle Mutas doit être contacté et organise le transport directement avec un service d'ambulance. Il peut alors s'agir d'un déplacement de l'établissement de santé vers le domicile du patient ou d'un transport entre deux hôpitaux qui ne font pas partie du même réseau.

Le membre n'accepte pas de devoir payer plus cher pour ne pas avoir respecté la condition des VCM quand il n'est pas lui-même fautif.

6. Canaux de communication

6.1. Levée des boîtes aux lettres des VCM

Comme en 2018, le nombre de plaintes concernant la perte de documents déposés dans des boîtes aux lettres des VCM 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 ?

6.2. Accessibilité de la mutualité

Un nouveau phénomène est apparu en 2019.

Les membres des mutualités CM Antwerpen, CM regio Mechelen-Turnhout et, dans une moindre mesure, CM Sint-Michielsbond, ont contacté l'ombudsman pour lui demander des informations et se sont excusés d'avoir utilisé l'adresse électronique ou l'adresse postale de l'ombudsman. Ils se sont justifiés en disant qu'il n'y avait aucun moyen d'atteindre leur mutualité :

- les agences ne sont accessibles que sur rendez-vous et il n'est pas possible de prendre rendez-vous par téléphone parce que personne ne décroche;
- d'autres ont évoqué un e-mail ou un formulaire de contact qu'ils ont envoyé à leur mutualité mais auquel ils n'ont pas reçu de réponse.

Lorsqu'une mutualité supprime tous les moments où les agences sont accessibles sans rendez-vous et que, pour une raison quelconque, le centre de contact n'est pas en mesure de répondre à temps aux appels téléphoniques et aux courriels, certains de ses membres sont poussés au désespoir. Cela concerne principalement les membres qui, en raison de leur âge, de leur santé ou d'une mauvaise situation financière, ne peuvent pas utiliser les canaux de contact numériques.

H. Recommandations

Sur la base des constatations qu'il a faites en traitant les plaintes en 2019, le ombudsman CM formule au Conseil d'administration de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes les recommandations suivantes.

1. Indemnités :

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

En 2019, les unions nationales de mutualités et l'INAMI ont joué un rôle de pionnier dans un projet qui fournira une procédure de déclaration numérique qui commencera chez le médecin traitant. Le moment de l'introduction numérique du formulaire de déclaration par le médecin traitant servira de preuve de l'introduction dans les délais. Ce serait un moyen efficace et pratique pour de nombreux membres de remplir leur obligation. La déclaration numérique réduira le nombre de sanctions de -10 % sur les indemnités.

La possibilité de délivrer la déclaration en personne à la mutualité en échange d'un accusé de réception tamponné reste une alternative pour les situations où il n'est pas possible de la présenter par voie électronique.

Le projet n'a pas encore pu apporter une solution concrète en 2019. C'est pourquoi je recommande que ce rôle de pionnier dans ce projet, avec les autres unions nationales et l'INAMI, soit également assuré en 2020, avec les syndicats de médecins et les fabricants de logiciels, jusqu'au lancement de la procédure de déclaration électronique.

1.2. 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 Mutualité Chrétienne), plusieurs actions sont nécessaires :

- En collaboration avec l'INAMI et les autres unions nationales de mutualités, examiner si les procédures et les contrôles peuvent être rendus plus efficaces afin que les paiements puissent être effectués plus rapidement sans compromettre le contrôle des abus. Il y a deux ans, la Mutualité Chrétienne a fait une proposition à l'INAMI pour organiser différemment le contrôle et le paiement des dossiers d'incapacité de travail avec emploi progressif afin que ces indemnités puissent être versées en même temps que les autres indemnités. L'INAMI a décidé à l'époque de ne pas accepter cette proposition. C'est pourquoi je demande à l'INAMI de réexaminer cette proposition, car nous devons veiller à ce que les citoyens en incapacité de travail qui s'inscrivent dans un trajet pour retrouver progressivement leur place dans le circuit du travail ne soient pas démotivés par le fait qu'on leur verse leur indemnité plus tard que les autres bénéficiaires.
- Une formation continue des gestionnaires de dossiers afin de garantir que tous les dossiers sont traités correctement et efficacement, même dans des 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.
- Maximiser la possibilité d'envoyer la « feuille de renseignements indemnités » par courrier électronique plutôt que par courrier postal. Un projet pilote a montré que l'envoi de ce formulaire par voie électronique réduit d'une semaine le temps de traitement du dossier d'indemnités.

2. Soins de santé :

2.1. Le remboursement à temps des prestations de soins de santé

C'est notre core business, qui mérite en permanence de l'attention. Bien que la situation en 2019 se soit nettement améliorée par rapport aux années précédentes, il faut continuer à investir dans

le remboursement à temps des prestations de soins de santé. 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. 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 des mutualités Chrétiennes reçoivent un relevé des paiements qu'ils pourront utiliser auprès de leur assureur pour obtenir une intervention complémentaire.
- Les fabricants de logiciels qui fournissent le programme informatique « attestation électronique » aux médecins sont appelés à adapter leur programme afin que le montant effectivement payé par le patient soit envoyé à la mutualité. Il est préférable de mener cette action en collaboration avec les autres unions nationales de mutualités.

2.3. La limitation à 1 remboursement par jour d'une prestation donnée ou le non-remboursement d'un certain nombre de combinaisons de prestations sur 1 jour.

Conseiller au cabinet de la Santé de vérifier la liste des restrictions actuelles pour en vérifier la pertinence médicale et la mettre à jour si nécessaire.

Prévoir que lors de la prescription le même jour de traitements dont le remboursement n'est pas cumulable, les interventions payées au membre seront récupérées auprès du prescripteur. Ces actions doivent être menées conjointement avec les autres unions nationales.

2.4. Alimenter le compteur MAF avec la quote-part personnelle payée pour les traitements chez un kinésithérapeute non conventionné

Récemment, le programme des Mutualités Chrétiennes a été amélioré de sorte que la quote-part personnelle payée par les patients chez un kinésithérapeute non conventionné est correctement reprise dans le compteur MAF. Il ne reste plus qu'à corriger les erreurs selon les directives de l'INAMI.

2.5. La communication lors du remboursement dans le cadre de la facture MAF.

Développer une application qui permette aux bénéficiaires d'avoir un aperçu de la composition du montant remboursé dans le cadre du MAF.

3. CM-Diensten & Voordelen

3.1. Pas de compensation en cas de problèmes avec les statuts ou en cas d'erreur de la MC.

- Trouver une solution pour que la Mutualité Chrétienne puisse assumer sa responsabilité lorsqu'une combinaison d'événements imprévue ou la faute d'un collaborateur porte atteinte aux droits prévus statutairement pour un membre particulier.
- Rendre le personnel attentif au fait que les statuts en vigueur au moment de l'introduction de la demande d'intervention déterminent si une demande est acceptable. Il ne faut donc jamais promettre qu'une demande sera approuvée longtemps avant l'introduction de la demande d'intervention.

4. CM Verzekeringen

4.1. Remboursement des frais pré- et post-opératoires

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. Une alternative serait de prolonger les périodes pré et post-opératoires. CM-Verzekeringen a indiqué qu'elle souhaitait étudier la faisabilité de cette alternative.

5. Transport de malades

5.1. Transport urgent de malades :

Demander au Cabinet de la Santé de prévoir un remboursement par l'assurance maladie obligatoire du transport urgent de malades entre 2 hôpitaux d'un réseau différent et qui est effectué par un service d'ambulance autre que le 112. L'idéal serait de formuler cette recommandation en collaboration avec les autres unions nationales.

5.2. Transport non urgent de malades :

Adapter les statuts des VCM de manière à ce que les membres qui peuvent démontrer que le prestataire a organisé le transport de malades hors MUTAS en dehors de leur volonté puissent quand même bénéficier de l'intervention que la mutualité aurait accordée si la demande de transport avait été faite via MUTAS.

6. Canaux de communication

6.1. 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 des VCM 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 ?

6.2. Accessibilité des mutualités :

Enfin, je répète une importante recommandation que j'ai déjà formulée dans le rapport de l'année dernière : en ces temps de procédures et de contacts électroniques, il doit toujours y avoir aussi un canal de contact analogue à part entière. La Mutualité Chrétienne doit s'assurer que pour toute demande du membre et pour chaque avantage qu'elle offre, en plus du canal électronique, il existe aussi un canal manuel ou analogue afin que tous les membres puissent continuer à pouvoir faire appel à la Mutualité Chrétienne, même ceux qui ne suivent pas (ou ne peuvent pas suivre) l'évolution numérique.

Les plaintes montrent que les VCM ont fait le contraire en 2019 : en supprimant le libre accès aux agences locales dans certaines mutualités et en le remplaçant par un système de rendez-vous dans lequel les rendez-vous doivent être demandés soit par PC/smartphone, soit par une ligne téléphonique surchargée, la mutualité est devenue totalement inaccessible à un groupe important de membres dans plusieurs régions.

La Mutualité Chrétienne ne peut lancer un fonctionnement différent que si l'on est certain que des mesures suffisantes ont été prises pour qu'aucune partie du public-cible, souvent les plus démunis, ne soit exclue de la mutualité.

La Mutualité Chrétienne doit être pionnière dans le renforcement du filet de sécurité sociale pour les personnes confrontées aux conséquences de la maladie ou du handicap sous toutes leurs formes, elle ne peut pas se contenter de suivre aveuglément la numérisation de la société.