

Rapport annuel 2025 de l'ombudsman pour les mutualités chrétiennes

AUTEURS : THIERRY VAN AUTGAERDEN ET DIDIER COVENS

Table des matières

I.	Les chiffres clés du service ombudsman pour 2025.....	3
II.	Rapport d'analyse des interpellations adressées au médiateur.....	4
A.	Nombre de médiations	4
B.	Rapport entre les plaintes à la mutualité et le recours à l'ombudsman	4
C.	Principaux sujets de médiations	5
D.	Motifs pour demander une médiation.....	7
E.	Résultat des médiations ;.....	7
F.	Canaux de contact	8
G.	Délai de traitement des médiations.....	8
H.	Recommandations à partir des médiations.....	8
I.	Conclusion.....	11

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 demande de médiation chez l'ombudsman.

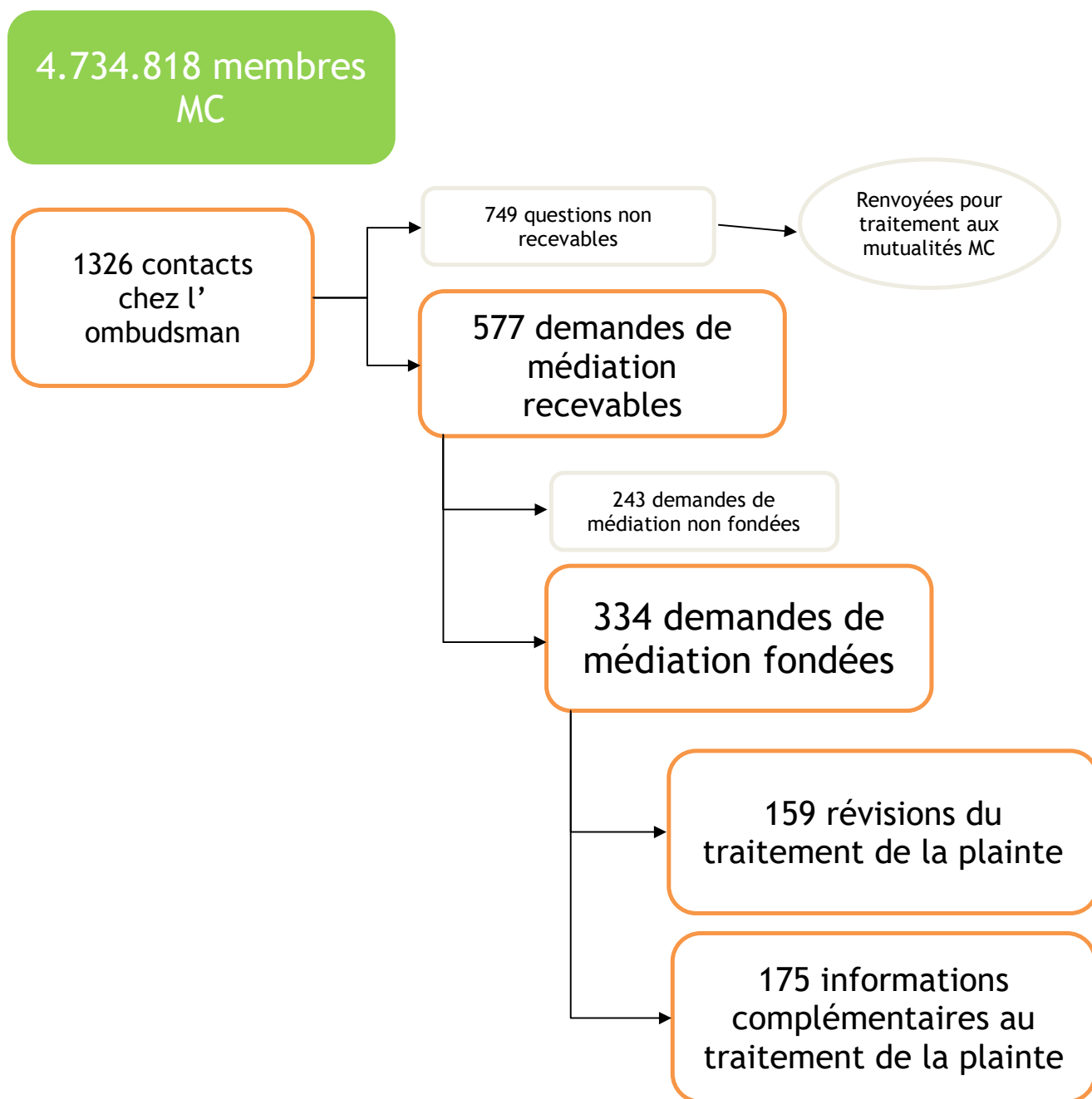
Quant à la médiation

Les demandes de médiation des membres de la Christelijke Mutualiteit (CM) sont traitées par l'Ombudsman CM, celles des membres de la Mutualité Chrétienne francophone et germanophone par l'Ombudsman MC (ou médiateur MC).

Rôle de signal

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

I. Les chiffres clés du service ombudsman pour 2025

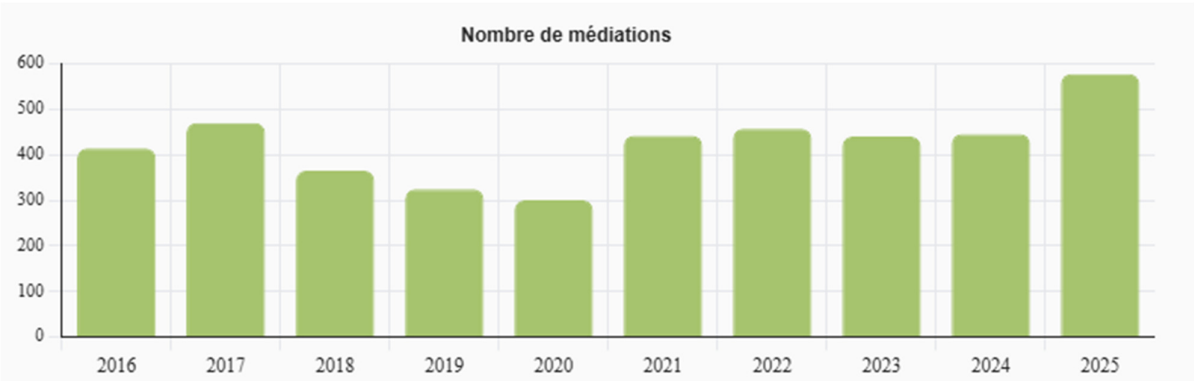


II. Rapport d’analyse des interpellations adressées au médiateur.

A. Nombre de médiations

Les ombudsmans MC ont été contactés à 1326 reprises en 2025. C’est une augmentation comparée à l’année 2024, pendant laquelle les ombudsmans ont été contacté 1189 fois.

Nous avons, comme les années précédentes, dû interpréter strictement le concept de « médiation ». De ce fait, nous avons enregistré 577 plaintes comme étant des demandes de médiation. 749 contacts ont été renvoyés pour traitement à la mutualité. Il s’agissait de plaintes adressées à la mutualité, de signaux, de demandes d’information,



Après quelques années de stabilité, en 2025, nous enregistrons un nouveau record du nombre de médiations. Si c’est principalement du côté néerlandophone (CM) que les chiffres progressent très significativement, cela s’explique par une très grande attention sur l’ensemble des plaintes. En effet, contrairement à la MC, CM enregistre aussi les plaintes orales, cette prise en compte de ces insatisfactions témoignées oralement a un très gros impact sur le nombre des plaintes enregistrées.

B. Rapport entre les plaintes à la mutualité et le recours à l’ombudsman

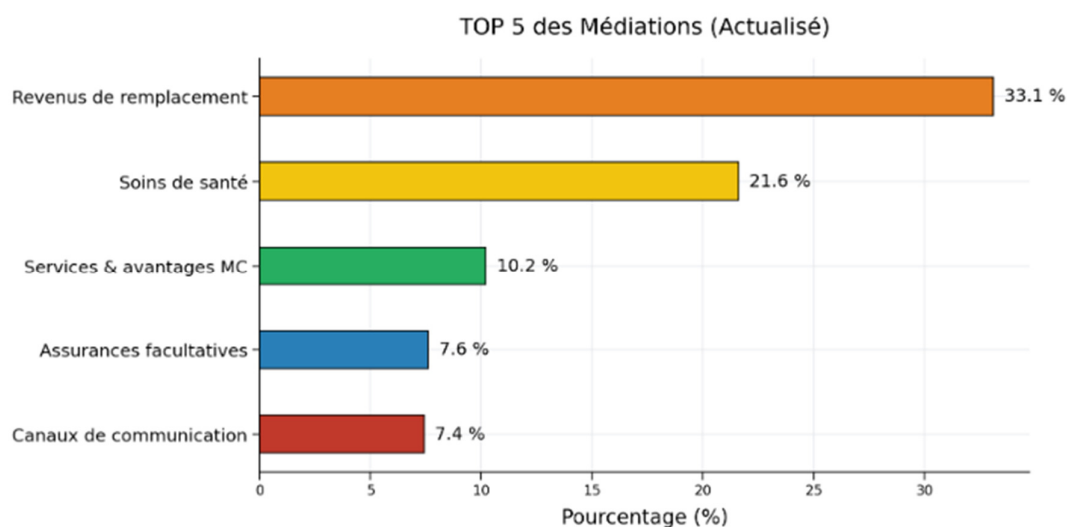
Mutualité	Médiations chez l’ombudsman	Plaintes à la mutualité	Rapport entre médiations et plaintes
CM 120	471	16614	2,83%
MC 134	106	1393	7,60%
TOTAL	577	18007	3,20%

Chaque médiation a, en principe, été générée par une insatisfaction qui a subsisté après le traitement d’une plainte par la mutualité. Puisqu’en moyenne seulement 3,20 % des plaintes sont suivies d’une médiation, cela signifie à contrario que 96,80% des plaintes s’arrêtent au premier niveau de traitement. Le premier niveau de traitement des plaintes s’est ainsi montré efficace.

Pour un total de 4.734.818 membres, 18.007 plaintes ont été déposées auprès des deux mutualités, dont 577 ont fait l'objet d'un recours auprès de l'ombudsman. La grande majorité des contacts que les membres ont eus avec la MC ont été satisfaisants.

C. Principaux sujets de médiations

Sujet	Nombre de médiations
Revenus de remplacement	191
Soins de santé	125
Services et Avantages	59
Assurances facultatives MC & CM	44
Canaux de communication	43
Plaintes contre un collaborateur	41
Assurabilité/Affiliation	26
Récupérations	8



Le top 5 des médiations représentent 80% de toutes les médiations.

La forte proportion de demandes de médiation concerne :

1. L'indemnisation provenant d'une incapacité de travail
2. Une intervention dans le coût d'une consultation ou d'un traitement avec un médecin généraliste, un dentiste ou un spécialiste (soins de santé)

3. Une intervention dans le coût des actions liées à la santé qui ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale mais qui sont organisées par les mutualités en assurance complémentaire (services et avantages) ou en assurances facultatives (notamment les assurances hospitalisation ou dentaires).

Dans les domaines de l'incapacité de travail et des soins de santé, le moindre retard dans le versement de l'indemnité d'incapacité ou dans le remboursement des soins de santé a un impact majeur sur les revenus de ces personnes.

Les membres souhaitent que la mutualité rembourse ses dépenses le plus rapidement possible. Un retard dans les paiements incite ces personnes à faire appel à l'ombudsman pour traiter leur dossier.

Les demandes de médiation sur le revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité constituent le groupe le plus important. Une demande de médiation sur 3, porte sur ce sujet.

La procédure compliquée de la sécurité sociale pour demander ou renouveler un revenu de remplacement et les différentes conditions pour pouvoir maintenir le revenu sont à l'origine des demandes de médiation, ainsi que des sanctions imposées lorsque la personne ne remplissait pas à temps l'une des exigences. Ces personnes considèrent que la mutualité est à l'origine de la procédure complexe ou estiment que la mutualité ne leur apporte pas un soutien suffisant dans le déroulement de la procédure. En outre, l'ombudsman sera contacté si la mutualité ne paie pas le revenu de remplacement le jour de paiement publié à l'avance.

La part des demandes de médiation relatives au remboursement d'une partie des frais de traitement médical a diminué car la digitalisation et les nouveaux modes de tarification en ligne ont amené une amélioration conséquente de la situation connue les années précédentes. L'ombudsman est principalement contacté pour les situations impliquant des demandes de remboursement de soins médicaux planifiés à l'étranger ou de remboursement de soins dentaires, d'orthophonie, de physiothérapie et de soins oculaires. Les membres des mutualités ne se rendent pas compte que pour être remboursés pour des soins planifiés à l'étranger, leur mutualité doit demander des informations aux autorités à l'étranger et que les remboursements de soins dentaires, d'orthophonie, de physiothérapie et de soins oculaires doivent être soumis à des contrôles supplémentaires. Cela prend plus de temps, ce qui signifie que les paiements sont retardés plus longtemps.

Par ailleurs, en 2025, des difficultés sont apparues dans le cadre des remboursements de l'assurance obligatoire pour les personnes dialysées ou suivant un traitement oncologique. La mise en place de nouvelles directives, combinée à l'automatisation de la procédure, a engendré une forte insatisfaction, notamment en raison des retards importants dans le traitement des remboursements de ces frais de déplacement.

Enfin, l'ombudsman reçoit des signaux indiquant que les relevés de paiement ne reprennent pas toujours le montant total payé par le patient, ce qui pose des problèmes lorsque ces membres veulent utiliser le relevé de paiement pour se faire payer par leur assureur la différence entre ce qu'ils ont payé et ce que la mutualité a remboursé.

Les demandes d'interventions en assurance complémentaire portent principalement sur les conditions à remplir pour bénéficier d'un remboursement des coûts liés au placement d'une prothèse dentaire, d'un appareil orthodontique ou pour bénéficier de l'assurance assistance voyage. Les refus de la mutualité de rembourser le transport non urgent de patients, ou l'inscription à un club sportif sont également signalés à l'ombudsman.

Les plaintes concernant l'affiliation sont rares, elles portent sur l'attribution et le retrait de l'intervention majorée. Lorsqu'il y a un délai dans le traitement important, cela peut générer des montants d'intervention erronés. Ceci implique que le membre devra attendre plusieurs mois pour une régularisation des interventions financière.

Bien que cette année, avec 18 plaintes, beaucoup moins de dossiers ont été déposés sur l'accessibilité de la mutualité, on ne peut pas dire que ce problème ait été complètement résolu puisque dans de nombreux dossiers de médiation sur d'autres sujets, le membre a souligné qu'il avait également des problèmes pour contacter la mutualité.

D. Motifs pour demander une médiation

Nature des médiations	Nombre	%
Réglementation	102	17,68%
Informations	97	16,81%
Décision	88	15,25%
Gestion du dossier	82	14,22%
Délai de traitement	58	10,05%
Plaintes contre collaborateur	41	7,10%
Paielements	35	6,07%
Organisation et activité	30	5,20%
Perception	19	3,29%
Accessibilité	18	3,12%
Documents égarés	7	1,21%
Total	577	100%

Les demandes de médiation qui sont traitées par l'ombudsman concernant un délai de traitement, un paiement, une perception ou un traitement de dossier sont souvent des dossiers liés à des montants à verser.

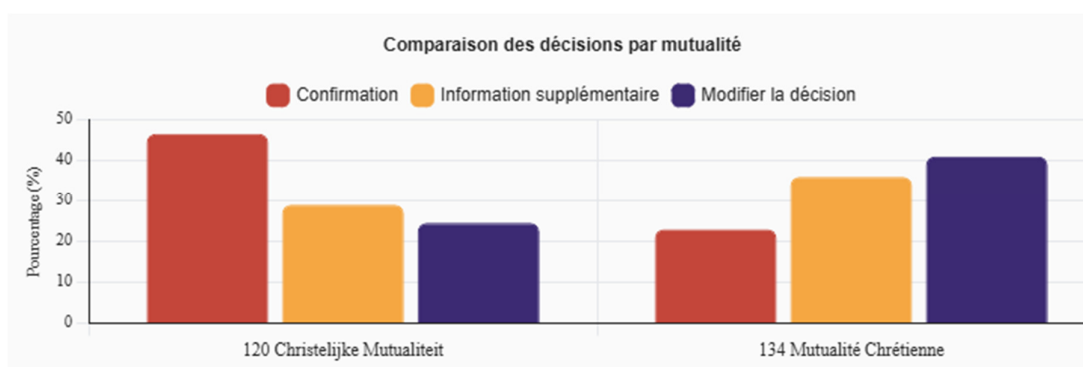
Les demandes de médiation relatives à une décision ou à la réglementation concernent souvent une situation dans laquelle une personne estime avoir droit à une prestation.

Mais la législation de la sécurité sociale pour les interventions de l'assurance obligatoire, les statuts de la mutualité pour les interventions de l'assurance complémentaire ou les conditions générales pour les interventions des assurances facultatives ne peuvent être contournées.

Dans de telles situations, il n'est guère possible de recourir à la médiation, car on ne peut pas s'écarter de ce qui est prévu dans les lois, les statuts et les conditions générales.

Les demandes de médiation relatives à l'information, l'accessibilité, les documents égarés, la gestion du dossier donnent un aperçu de la façon dont la mutualité organise son service à la clientèle. Ceux-ci contiennent ainsi des informations à partir desquelles les mutualités peuvent augmenter la qualité de leur service à la clientèle.

E. Résultat des médiations ;



Pour l'ensemble des plaintes traitées par la Christelijke Mutualiteit pour lesquelles un recours a été introduit auprès de l'ombudsman, celui-ci confirme la position de la mutualité dans 46.5 % des cas. En d'autres termes, il apparaît que le recours à l'ombudsman CM apporte une plus-value au plaignant dans 53,5 % des cas.

Dans 24,5 % du nombre total des médiations, la plus-value consiste à obtenir une révision de la réponse à la plainte, et pour 29 %, bien que l'ombudsman confirme la position de la mutualité, la plus-value consiste à obtenir des informations supplémentaires.

Pour la mutualité Chrétienne, l'ombudsman confirme la position de la Mutualité dans 23% des cas. En d'autres termes, il apparaît que le recours à l'ombudsman MC apporte une plus-value au plaignant dans 77% des cas.

Dans 41 % du nombre total des médiations, la plus-value consiste à obtenir une révision de la réponse à la plainte, et pour 36 %, bien que l'ombudsman confirme la position de la mutualité, la plus-value consiste à obtenir des informations supplémentaires.

F. Canaux de contact

Les chiffres indiquent 92 % des interpellations ont été faites via message électronique. Demander une médiation à l'ombudsman par lettre ou par voie orale, devient de plus en plus l'exception.

G. Délai de traitement des médiations

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

En 2025, les ombudsmans traitaient les demandes en moyenne dans les 6 jours calendrier, respectant cependant le délai fixé par l'office de contrôle des mutualités de 45 jours maximum.

H. Recommandations à partir des médiations

Observations générales

Les deux ombudsmans soulignent l'excellente collaboration avec les coordinateurs régionaux de plaintes ainsi qu'avec les différents services contactés, tant au sein des mutualités qu'à l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes. Ils mettent en avant leur engagement constant à rechercher des solutions répondant au mieux aux besoins des membres, lorsque cela est possible.

Les ombudsmans les remercient vivement pour la qualité de cette collaboration tout au long de l'année 2025.

L'analyse des médiations permet de formuler les recommandations d'amélioration suivantes.

Recommandations générales

1. Dans ses contacts avec la mutualité, le membre est confronté à des législations complexes qu'il ne maîtrise pas nécessairement. De bonne foi, il peut commettre une erreur.
Le 17 décembre 2021, le Sénat a adopté la Résolution relative à l'introduction du droit à l'erreur dans les relations avec les administrations publiques. Il est dès lors recommandé que, dans leurs interactions avec l'INAMI, les instances mutualistes mettent en avant l'importance de l'application de ce droit à l'erreur dans le secteur de la sécurité sociale.

2. En toile de fond des médiations traitées en 2025, la question de l'accessibilité revient de manière récurrente. Lorsque les temps d'attente pour joindre un interlocuteur s'allongent, la patience du membre est mise à rude épreuve. Celui-ci est alors tenté de multiplier les canaux de contact (téléphone, e-mail, formulaires), ce qui alourdit le traitement global des demandes et nuit à l'efficacité organisationnelle.
Le mécontentement exprimé trouve souvent son origine dans cette faible qualité perçue en matière d'accessibilité.
3. La recherche d'efficacité au travers des avancées digitales ne doit pas se faire au détriment des publics les plus vulnérables. Il est essentiel de maintenir des canaux de contact simples et accessibles pour les membres qui ne sont pas en mesure d'utiliser les outils numériques.
4. Dans la communication avec les membres, il est indispensable d'indiquer clairement le nom du gestionnaire, une signature (notamment pour les courriers décisionnels) ainsi que les coordonnées de contact. Les modalités d'envoi de documents ou de questions doivent également être explicitement précisées.
5. Lorsque la mutualité traite un dossier constitué de plusieurs documents introduits séparément, une vision globale du traitement doit être maintenue. Trop souvent, des dossiers se retrouvent bloqués alors qu'une coordination adéquate permettrait d'en assurer la continuité et le traitement complet.
6. La Charte de l'assuré social est régulièrement invoquée pour justifier certaines positions de la mutualité. Toutefois, son interprétation reste source de difficultés.
Il apparaît nécessaire d'éviter de reprocher au membre des obligations reposant sur des éléments non explicitement communiqués ou sur des déductions implicites, notamment lorsque des dysfonctionnements internes (comme la perte de documents) sont en cause.
7. Dans les différentes législations, le non-respect de certaines règles expose le membre à des sanctions, notamment en cas de retard dans l'introduction de documents ou dans le respect de délais spécifiques (par exemple en matière d'indemnités ou d'accords de soins).
Si le principe de sanction n'est pas contesté, celle-ci doit être strictement limitée à la part de responsabilité du membre. Lorsqu'un retard est imputable, en tout ou en partie, à la mutualité (par exemple en cas de perte temporaire de documents), la sanction ne doit porter que sur la période effectivement imputable au membre.

Recommandations quant au secteur des revenus de remplacement (indemnités)

1. La constitution d'un dossier indemnités est souvent complexe. Le membre souhaitant obtenir un soutien se trouve fréquemment confronté à des temps d'attente importants avant de pouvoir joindre un collaborateur. De plus, l'agent de première ligne ne dispose pas toujours de l'expertise nécessaire pour répondre de manière adéquate. Par conséquent, il apparaît utile de mettre à disposition un canal de contact spécifique pour les revenus de remplacement. À défaut, le niveau de compétence « Revenus de remplacement » des collaborateurs de première ligne doit être renforcé.
2. La communication vers les personnes en situation d'incapacité reste parfois lacunaire ou peu efficace. Les membres reçoivent parfois une quantité importante d'informations qui ne sont pas suffisamment ciblées par rapport à leur situation spécifique. Il est recommandé de poursuivre les efforts visant à améliorer les courriers afin qu'ils soient clairs, précis, ne génèrent pas de questions inutiles et soient mieux adaptés à la situation individuelle du membre.
3. La mutualité doit faire preuve d'une plus grande attention à l'ensemble des signaux transmis par ses affiliés. Un manque de proactivité est régulièrement constaté, notamment face à des informations manuscrites communiquées par les membres. Même si ces informations ne sont pas transmises via le canal approprié, il est recommandé que la mutualité en tienne compte de manière proactive et oriente le membre vers la bonne démarche.
4. La mutualité doit être réactive dans la gestion du dossier d'indemnités et offrir un accompagnement personnalisé dès que le membre signale une incapacité de travail. Si la situation est simple, cet accompagnement peut se limiter à informer le membre des démarches à suivre. En revanche, si celui-ci rencontre des difficultés administratives, la mutualité, en tant que partenaire « en cas de maladie et de santé », devrait l'assister activement dans la demande, le remplissage et la transmission des documents requis.
Par ailleurs, plusieurs plaintes mettent en évidence des situations financières précaires : l'indemnité constituant souvent l'unique source de revenus, tout retard ou interruption de paiement peut engendrer des conséquences graves.

5. Nous recommandons de prendre les mesures nécessaires afin d'optimiser les délais et la qualité de traitement des dossiers d'indemnisation, en particulier dans le cadre des activités à temps partiel autorisées. La mutualité doit également sensibiliser les employeurs à leur obligation de fournir rapidement des informations salariales correctes.
6. Lorsqu'une récupération financière est demandée au membre, celle-ci suscite généralement des interrogations. Il est recommandé que les courriers de récupération soient les plus explicites possible. Pour les montants importants, ceux-ci devraient être accompagnés d'un contact téléphonique proactif ou, à tout le moins, de coordonnées de contact efficaces permettant au membre d'obtenir rapidement les explications nécessaires.

Recommandations quant au secteur des interventions financières (soins de santé)

1. Dans le cadre des paiements du Maximum à facturer (MAF), le membre reçoit souvent un montant sans explication sur son origine. Étant donné la complexité de ce mécanisme, il lui est difficile de relier le montant perçu à ses dépenses de soins et à sa situation personnelle. Un détail précis du calcul et des éléments pris en compte dans le montant versé est dès lors souhaitable.
2. Les relevés de remboursements demandés par les membres afin d'obtenir une intervention d'un assureur privé manquent fréquemment de clarté. Par exemple, le prix réellement payé par le membre n'y est pas toujours mentionné, ce qui empêche l'assureur de calculer son intervention et oblige le membre à reprendre contact avec la mutualité. Il est donc essentiel que toutes les données pertinentes et connues de la mutualité figurent sur ces relevés.
3. Lorsqu'un document fait l'objet d'un refus et nécessite un retour vers l'affilié ou le prestataire, il est demandé à la mutualité de fournir une explication complète et compréhensible de la décision. Si nécessaire, une assistance téléphonique pourrait utilement compléter cette communication.
4. Si un membre peut bénéficier d'une intervention pour l'achat de matériel médical à l'étranger (par exemple des appareils auditifs en France), l'information préalable doit être complète quant aux conditions d'octroi du remboursement. Cela est essentiel tant pour le membre que pour le prestataire étranger, qui doit respecter des règles « INAMI » dont il n'a pas nécessairement connaissance. Il est dès lors recommandé de prévoir un courrier préalable ciblé pour ce type de situation.
5. Pour les frais d'hospitalisation à l'étranger non couverts par une assurance assistance voyage, la mutualité doit veiller à une information claire et à un traitement adéquat des dossiers. Un refus de l'assistance ne signifie pas nécessairement une absence totale de remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire. Par ailleurs, compte tenu des délais souvent longs, il est important d'informer le membre sur les étapes du traitement et les délais prévisibles.
6. Dans de nombreuses situations, la mutualité réclame rapidement un duplicata au membre en cas de document manquant. Cette pratique génère des démarches supplémentaires parfois lourdes pour l'affilié et nuit à l'image de l'institution. Il est dès lors recommandé de vérifier minutieusement si le document n'est pas en cours de traitement avant de demander un duplicata. Le recours à des outils de type « track & trace » pour certains documents (comme les attestations de kinésithérapie) pourrait constituer une piste d'amélioration.

Recommandations quant à l'assurance complémentaire (services et avantages)

1. La principale source de médiation en assurance complémentaire provient d'une méconnaissance ou d'une interprétation des statuts de cette assurance complémentaire. La situation s'améliore mais certains conflits d'interprétation perdurent. Cependant, c'est principalement la diffusion et la mise à disposition des règlements qui est problématiques car pour ces médiations, le médiateur se rangera très souvent derrière l'avis de la mutualité.
2. L'avantage « sport » continue de générer des plaintes pour un traitement différencié des situations. Lorsqu'un membre se voit refuser une intervention mais qu'un autre affilié du club a bénéficié de cette intervention, sa frustration est légitime. Nous recommandons de rappeler les conditions d'intervention au personnel qui traite les demandes relatives aux abonnements sportifs.

Recommandations quant au secteur des assurances facultatives

1. Au moment de la souscription, un assuré ayant déjà bénéficié d'une assurance similaire peut, dans certains cas, obtenir la suppression du stage. Toutefois, l'appréciation du caractère « similaire » de

l'assurance antérieure n'est pas toujours évidente et donne lieu à des plaintes en cas de refus. Il est dès lors recommandé, en particulier pour les collaborateurs de première ligne, de faire preuve d'une grande prudence avant d'annoncer au membre le bénéfice de cette suppression.

2. Bien que les conditions générales des assurances facultatives aient été améliorées, elles restent parfois sujettes à des divergences d'interprétation. Un effort supplémentaire pourrait être consenti en matière de diffusion et de mise à disposition de ces conditions, afin d'en faciliter la compréhension et d'en limiter les litiges.

Recommandations quant au secteur de l'affiliation (assurabilité)

1. Les membres attendent de la mutualité qu'elle les informe du moment où ils peuvent bénéficier de l'intervention majorée. Lorsqu'un problème survient dans l'octroi de ce droit, il est essentiel que la rectification des montants remboursés intervienne rapidement. Dès lors, il est recommandé que la mutualité adopte une approche proactive dans l'identification et l'octroi de l'intervention majorée auprès des publics cibles.
2. Un certain nombre de plaintes relatives à l'attribution de l'intervention majorée ont mis en évidence l'importance d'un traitement rapide des demandes introduites en début d'année civile. Lorsque ce traitement est tardif, l'intervention majorée ne peut être accordée qu'à partir du deuxième trimestre, ce qui entraîne des conséquences financières pour le membre. Il est dès lors essentiel de veiller à un traitement rapide afin de garantir, lorsque le droit est établi, une prise d'effet dès le mois de janvier.

Recommandations quant aux canaux de communication et accessibilité de la mutualité

1. Des plaintes relatives à l'accessibilité de la mutualité via les différents canaux de contact sont régulièrement enregistrées. Elles concernent notamment l'accessibilité téléphonique, les horaires d'ouverture des agences, les délais d'obtention de rendez-vous, la suppression de certaines boîtes aux lettres, ainsi que les informations disponibles sur le site web et l'application MC.
Nous recommandons de veiller à maintenir une offre de rendez-vous adéquate, tant en termes de délais que de proximité géographique. Par ailleurs, si le développement de nouveaux canaux digitaux est essentiel, il ne doit pas se faire au détriment des modes de communication traditionnels. Il doit rester possible pour les membres de contacter leur mutualité par e-mail, par téléphone ou via une agence. Dans une logique d'efficacité organisationnelle, il convient également d'éviter la mise en place involontaire d'obstacles pour les membres les plus vulnérables, notamment ceux qui, en raison de leur âge ou de leurs conditions de vie, dépendent des canaux analogiques.
2. En marge des plaintes relatives aux revenus de remplacement et aux interventions financières, les membres attirent également l'attention sur des courriers difficiles à comprendre ou sur des communications multiples envoyées dans des délais très courts, parfois contradictoires.
Il est essentiel de poursuivre les efforts entrepris ces dernières années afin d'améliorer la clarté et l'intelligibilité des courriers et formulaires. Lorsqu'un membre reçoit plusieurs communications rapprochées, il convient de vérifier en amont leur pertinence et leur cohérence, afin d'éviter toute confusion.
3. Les courriers signés « votre équipe MC » ne favorisent pas toujours l'efficacité. Au-delà du sentiment possible de déresponsabilisation qu'ils peuvent induire, l'absence de signature nominative et de coordonnées de contact complique le suivi pour le membre souhaitant obtenir des explications.
Nous recommandons dès lors d'accorder une attention particulière à la qualité des courriers et, au minimum pour les plus complexes, d'y faire figurer le nom d'un interlocuteur ainsi que des coordonnées de contact claires.

I. Conclusion

L'année 2025 se caractérise par une augmentation du nombre de médiations enregistrées, tout en confirmant la solidité du dispositif global de traitement des plaintes au sein des Mutualités chrétiennes. La proportion relativement limitée de dossiers faisant l'objet d'un recours auprès de l'ombudsman démontre

que la majorité des situations trouvent une issue satisfaisante dans le cadre du traitement de première ligne.

L'analyse des médiations met néanmoins en évidence plusieurs défis importants. Les questions relatives aux revenus de remplacement, aux remboursements des soins de santé, à l'accessibilité des services et à la compréhension de réglementations parfois complexes continuent d'occuper une place prépondérante dans les préoccupations des membres.

Les médiations traitées au cours de l'année montrent également que les attentes des affiliés ne se limitent pas à l'obtention d'une décision correcte. Elles concernent aussi la qualité de l'information reçue, la rapidité des réponses apportées, la transparence des procédures et la possibilité d'entrer facilement en contact avec un interlocuteur compétent.

Les recommandations formulées dans ce rapport ne remettent pas en cause l'engagement quotidien des collaborateurs. Elles constituent au contraire des leviers permettant de poursuivre l'amélioration continue des services offerts aux membres et de renforcer encore la relation de confiance qui unit ceux-ci à leur mutualité.

Dans un contexte de transformation permanente des systèmes de sécurité sociale et de santé, la fonction de médiation demeure un outil précieux au service tant des membres que de l'organisation. En identifiant les difficultés récurrentes et en favorisant le dialogue, elle contribue à une meilleure compréhension des attentes des affiliés et à l'amélioration continue des pratiques.

Les ombudsmans expriment enfin leur gratitude à l'ensemble des personnes qui ont collaboré tout au long de l'année au traitement des médiations. Leur professionnalisme, leur disponibilité et leur volonté de rechercher des solutions équilibrées constituent un facteur déterminant dans la qualité du service rendu aux membres.



Thierry Van Autgaerden
Médiateur MC



Didier Covens
Médiateur CM