

Rapport annuel 2024
de l'ombudsman
des Mutualités chrétiennes



Table des matières

Les chiffres clés du service ombudsman pour 2024	3
Rapport d'analyse des interpellations adressées au médiateur	4
Nombre de médiations	4
Rapport entre les plaintes à la mutualité et le recours à l'ombudsman	4
Sujet des médiations	5
Motifs pour demander une médiation	6
Résultat des médiations	6
Canaux de contact	7
Délai de traitement des médiations	7
Recommandations à partir des médiations	7



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.

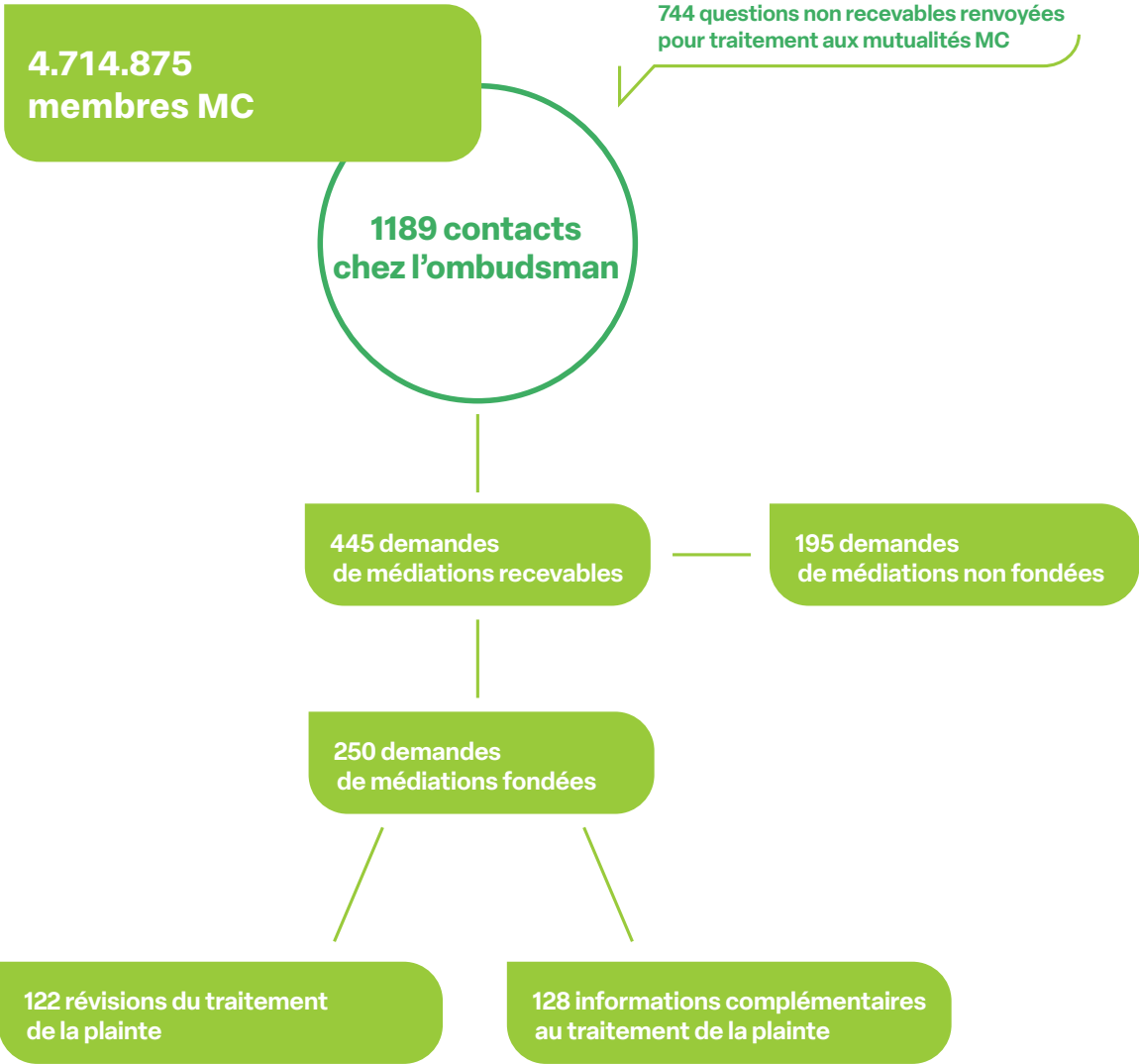
Quant à la médiation

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.

Les chiffres clés du service ombudsman pour 2024

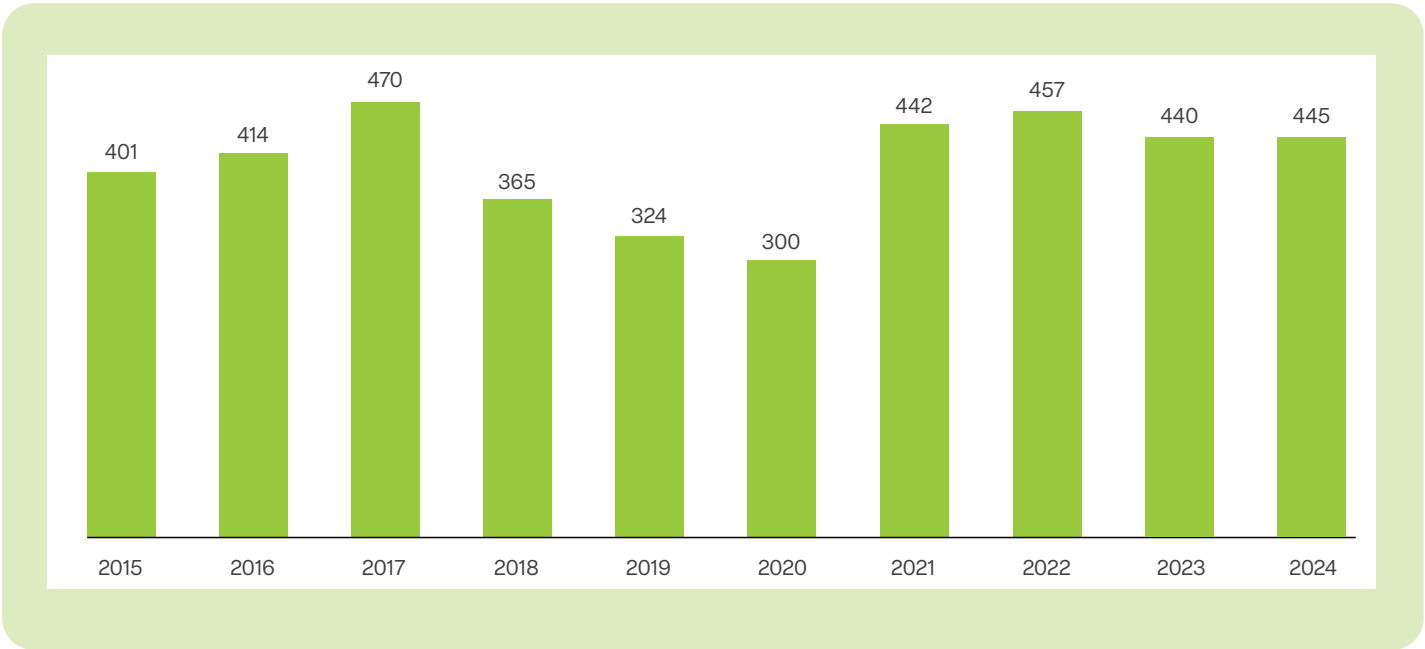


Rapport d'analyses des interpellations adressées à l'ombudsman

Nombre de médiations

Les ombudsmans MC ont été contactés à 1189 reprises en 2024. C'est une diminution comparée à l'année 2023, pendant laquelle les ombudsmans ont été contacté 1205 fois.

Nous avons, comme les années précédentes, dû interpréter strictement le concept de "médiation". De ce fait, nous avons enregistré 445 plaintes comme étant des demandes de médiation. 744 contacts ont été renvoyés pour traitement à la mutualité. Il s'agissait de plaintes adressées à la mutualité, de signaux, de demandes d'information...



Le nombre de médiations reste stable depuis 2021.

Rapport entre les plaintes à la mutualité et le recours à l'ombudsman

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 3,73% des plaintes sont suivies d'une médiation, cela signifie à contrario que 96,27% 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 4.714.875 membres, 11.937 plaintes ont été déposées auprès des deux mutualités, dont 445 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.**

MUT	Médiations chez l'ombudsman	Plaintes à la mutualité	Rapport entre médiation et plaintes
CM	352	10453	3,37%
MC	93	1484	6,27%
TOTAL	445	11937	3,73%

Sujet de médiations

Catégories	Nombre de médiations
Revenus de remplacement	161
Soins de santé	91
Services et avantages	55
Assurances facultatives	32
Affiliation	28
Accessibilité et communication	17
Plaintes contre employé	14
Protection sociale flamande	7
Défense des membres	5
Événement de vie	5
Saisie exécutoire et vie privée	4
Transport de patients Mutas	4
Kazou	4
Récupérations	4
Service social	3
Compte bancaire, domiciliation	3
Maisons de soins MC	3
Aide à la personne âgée	2
Soins	1
Magasins Goed	1
Socio-Educatif	1
Total	445

La forte proportion de demandes de médiation concerne :

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

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.



Le top 5 des médiations représentent 76% de toutes les médiations.

Les demandes de médiation sur le revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité constituent le groupe le plus important. Plus d'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 par rapport aux années précédentes. Les mutualités ont réussi à rattraper les arriérés des 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. 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'un appareil orthodontique ou pour bénéficier de l'assurance assistance voyage. Les refus de la mutualité de rembourser le transport non urgent de patients, l'orthophonie, l'ostéopathie ou l'inscription à un club sportif sont également signalés à l'ombudsman.

Les plaintes concernant l'affiliation sont rares, elles portent sur les conséquences d'une nouvelle législation entrée en vigueur au début de l'année 2022 et à la suite de laquelle les membres qui ne paient pas leur cotisation pendant 2 ans perdent leurs droits d'intervention auprès des services et avantages de la mutualité. Des difficultés lors d'un changement de mutualité ou lié à l'octroi tardif du statut d'intervention majorée sont également des sources de demandes de médiations.

Les médiations pour les assurances facultatives demandées par les membres de la mutualité chrétienne francophone concernaient essentiellement des dossiers sur le produit "Dento +" soit pour un refus d'intervention ou pour une prise de cours du contrat (application d'un stage). L'ombudsman de la Christelijke Mutualiteit néerlandophone a reçu 22 demandes de médiation qui évoquaient des aspects tellement différents concernant le MediKo Plan et Hospitaalplan que rien n'indique un problème structurel.

Bien que cette année, avec 17 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**.

Motifs pour demander une médiation

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.

Nature des médiations	Nombre	%
Gestion du dossier	106	23,82
Décision	73	16,40
Information	67	15,06
Réglementation	54	12,13
Délai de traitement	39	8,76
Paiement	38	8,54
Organisation et activité	27	6,07
Plainte contre collaborateur	14	3,15
Perception	13	2,92
Accessibilité	8	1,80
Document égaré	6	1,35
Total	445	100

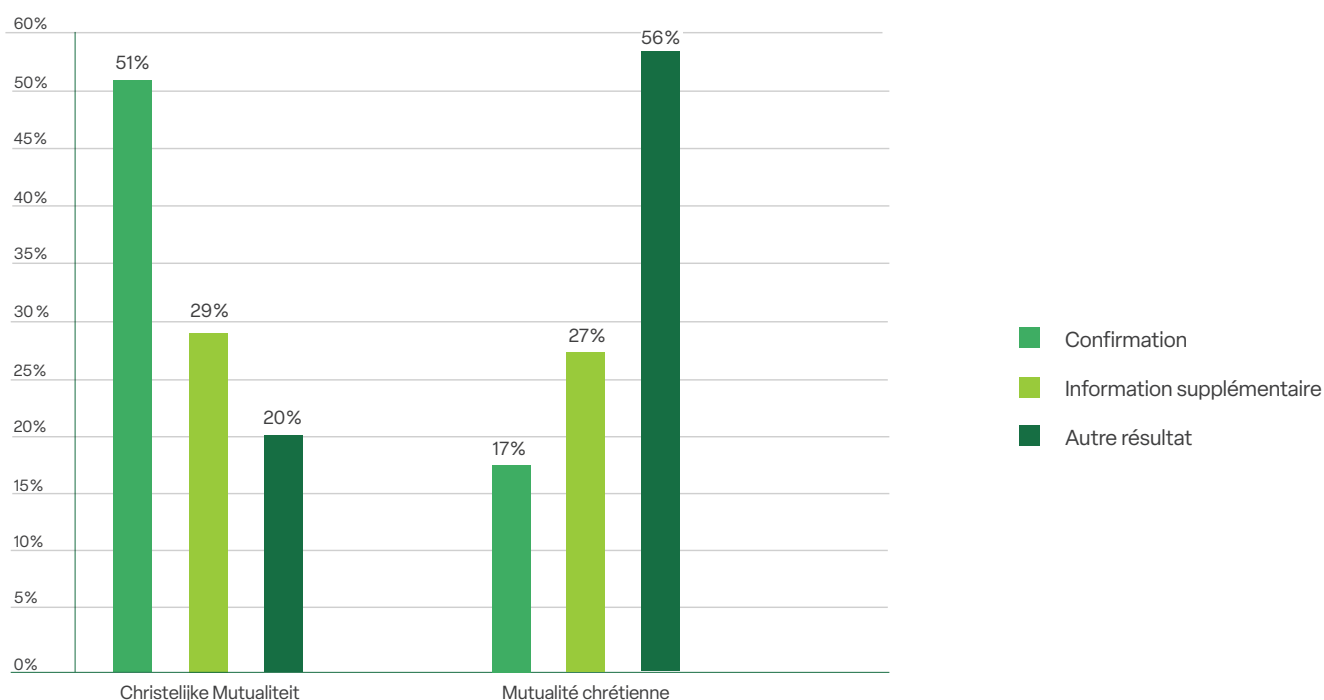
Résultat des médiations

Pour l'ensemble des plaintes traitées par le **Christelijk Ziekenfonds 120** pour lesquelles un recours a été introduit auprès de l'ombudsman, celui-ci confirme la position de la mutualité dans 52,1% des cas. En d'autres termes, il apparaît que le **recours à l'ombudsman CM apporte une plus-value au plaignant dans 47,9% des cas.**

Dans 25,2% du nombre total des médiations, la plus-value consiste à obtenir une révision de la réponse à la plainte, et pour 22,7%, bien que l'ombudsman confirme la position de la mutualité, la plus-value consiste à obtenir des informations supplémentaires.

Pour la **Mutualité chrétienne 134**, l'ombudsman confirme la position de la Mutualité dans 21,5% des cas.

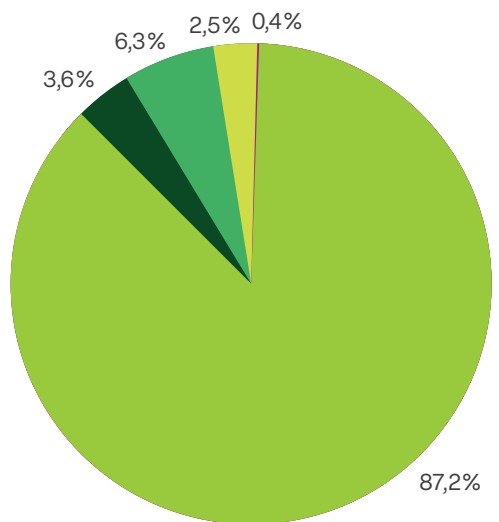
En d'autres termes, il apparaît que le **recours à l'ombudsman MC apporte une plus-value au plaignant dans 78,5% des cas.** Dans 30,4% du nombre total des médiations, la plus-value consiste à obtenir une révision de la réponse à la plainte, et pour 48,1%, bien que l'ombudsman confirme la position de la mutualité, la plus-value consiste à obtenir des informations supplémentaires.



Canaux de contact

Ces chiffres indiquent que plus de **93% 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.



■ E-mail : 388 ■ Téléphone : 16 ■ Agence : 2
■ Site web : 28 ■ Lettre : 11

Délai de traitement des médiations

S'agissant de plaintes traitées en 2^e 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 2024, 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.

Recommandations à partir des médiations

Observations générales

Les deux ombudsmans soulignent l'excellente collaboration avec les coordinateurs régionaux de plaintes et les différents services contactés en mutualité ou à l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes et leur souci permanent de trouver une solution répondant au mieux aux besoins du membre là où c'était possible.

Les ombudsmans les remercient vivement pour leur collaboration efficace durant l'année 2024.

L'analyse des médiations permet de formuler des recommandations d'améliorations.

Recommandations générales

- Lorsque que la mutualité doit traiter un dossier constitué de plusieurs documents rentrés séparément, il est nécessaire de conserver une vision globale du traitement de ces documents. Trop souvent, un dossier se retrouve complètement bloqué alors qu'une bonne collaboration pourrait permettre la continuité de sa progression vers le traitement complet.
- Dans la communication avec les membres, il est nécessaire d'indiquer le nom, la signature (pour des courriers notifiant des décisions) et les coordonnées de contact avec indication du lieu où les documents et les questions peuvent être envoyées.
- En toile de fond des médiations traitées en 2024, on retrouve très souvent, le souci d'accessibilité. Lorsqu'un membre doit attendre de très longues minutes avant d'obtenir un interlocuteur, c'est souvent son calme et sa patience qui sont mis à rude épreuve. Il tentera alors sa chance par un autre canal (mail, formulaire de contact), ce qui va multiplier les demandes à traiter (ce qui freinera aussi l'efficacité de l'organisation). La colère témoignée contre la MC trouve souvent son origine dans une faible qualité perçue au travers de l'accessibilité proposée.
- La Charte de l'assuré social est souvent utilisée afin de justifier une position de la mutualité. Par exemple, en matière de revenu de remplacement le membre doit savoir qu'il doit, préalablement, demander un accord au médecin-conseil avant de reprendre une activité autorisée car c'est écrit dans le courrier MC qui annonce l'ouverture du dossier d'incapacité de travail. Cependant, l'interprétation a encore été problématique dans plusieurs dossiers en 2024. Par exemple, lorsqu'un document se perd en interne de la mutualité, il ne faut pas avancer que le membre devait connaître son obligation de rentrer le document. Dans un autre cas, l'information qui devait être évidente pour le membre résultait d'une déduction "logique" (mais complexe et surtout non-écrite) de l'étude des statuts.
- Dans les différentes législations, le non-respect de certaines règles amène le membre à être sanctionné. Les cas les plus fréquents de sanction concernent la rentrée tardive de documents pour bénéficier de revenus de remplacement ou des délais non respectés pour se voir octroyer un accord en soins de santé (en orthodontie par exemple). Le principe de sanction "INAMI" n'est certainement pas contestable. Cependant, cette sanction ne doit concerner que le manquement du membre. Si un dossier est traité hors délai mais que la mutualité l'a égaré pendant quelques jours, la sanction ne doit porter que sur la période sanctionnable dont le membre est responsable.
- Dans ses contacts avec la mutualité, le membre se retrouve confronté à des législations complexes qui lui sont souvent inconnues. De bonne foi, il peut commettre une erreur. Le 17 décembre 2021, le Sénat a adopté en séance plénière la Résolution sur l'introduction du droit à l'erreur dans les contacts avec les administrations publiques. Par conséquent, nous recommandons que, lors des contacts avec l'INAMI, les instances de la mutualité fassent valoir l'importance de l'application de ce droit à l'erreur du citoyen dans le secteur de la sécurité sociale.
- La recherche d'efficacité au travers des avancées digitales ne doit pas laisser en chemin les membres les plus vulnérables. Nous demandons de conserver des canaux de contact simples et accessibles pour les membres qui ne seront jamais capables d'utiliser les canaux numériques.

Recommandations quant au secteur des revenus de remplacement (indemnités)

- La mutualité doit être réactive dans la gestion du dossier d'indemnités. Il s'agit d'**offrir un soutien personnalisé dès que le membre signale qu'il est ou va devenir incapable de travailler**. S'il s'avère que le membre n'a aucun problème avec l'administration, le soutien peut se limiter à l'informer lorsqu'un nouveau formulaire doit être introduit ou une demande renouvelée.

Si le membre ne s'y retrouve pas dans les exigences administratives, la mutualité, en tant que partenaire "en cas de maladie et de santé", devrait l'aider à demander, à remplir et à soumettre les certificats, formulaires et questionnaires administratifs. De plus, plusieurs plaintes mettent en lumière une situation financière précaire : 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.

- La mutualité doit avoir une attention accrue sur l'ensemble des signaux transmis par ses membres. Nous constatons souvent un manque de proactivité par rapport à des informations manuscrites transmises par le membre. Même si l'information n'est pas donnée par le bon canal, la mutualité devrait tenir compte, proactivement, de l'information et guider le membre vers la bonne pratique.
- Nous recommandons de prendre les mesures nécessaires afin d'optimiser le délai et la qualité de traitement des dossiers d'indemnisation notamment en cas d'activité à temps partiel autorisée. La mutualité doit sensibiliser les employeurs à l'obligation de fournir à temps les informations salariales correctes.
- Lorsqu'il y a une récupération financière auprès du membre, cela suscite généralement des questions dans son chef. Nous recommandons que la lettre de récupération soit la plus explicite possible et que, pour les plus gros montants, le courrier soit accompagné d'un contact téléphonique vers le membre ou de données de contact efficaces où le membre pourra recevoir l'information nécessaire.
- La constitution d'un dossier indemnités est souvent complexe. Le membre qui souhaitera du soutien pour la constitution de son dossier se trouvera confronté à un long temps d'attente avant d'accéder à un employé du call-center qui ne disposera peut-être pas de l'expertise nécessaire pour lui répondre. Par conséquent, il nous semble utile de mettre à disposition un canal de contact spécifique pour les revenus de remplacement. A défaut, le niveau de compétence "Revenu de remplacement" des collaborateurs de la première ligne doit être amélioré.
- La communication vers les personnes en situation d'incapacité est souvent lacunaire ou peu efficace. Il arrive souvent que le membre reçoive beaucoup d'informations qui ne sont pas toujours bien ciblées sur sa situation. Nous recommandons de continuer le travail sur les courriers, veiller à ce qu'ils soient clairs et précis (qu'ils ne génèrent pas de question) et bien ciblés.

Recommandations quant au secteur interventions financières (soins de santé)

- Si un membre peut bénéficier d'une intervention pour l'achat de matériel médical en dehors du territoire (par exemple acheter des appareils auditifs en France), l'information préalable doit être complète sur les conditions d'octroi du remboursement. Ceci est important tant pour le membre que pour le prestataire. En effet, le prestataire étranger devra respecter les conditions "INAMI" avec lesquels il n'est pas familier. Nous recommandons donc un courrier préalable ciblé sur l'achat prévu hors de nos frontières.
- Lorsqu'un document fait l'objet d'un refus et nécessite un retour vers le membre ou le prestataire, nous demandons à la mutualité de fournir une explication complète et compréhensible sur la situation. En cas de nécessité, une assistance téléphonique pourrait également être proposée.
- Dans le cadre des paiements du Maximum A Facturer (MAF), le membre reçoit un paiement sans aucune explication sur l'origine du montant payé. Etant donné que la gestion du MAF est très complexe, le membre est dans l'incapacité de relier le montant perçu à ses événements de vie et à ses dépenses.

Un détail précis sur le contenu et les origines du montant versé est souhaitable.

- Les relevés de remboursements réclamés par les membres afin d'obtenir une intervention d'un assureur privé manquent souvent de clarté. Par exemple, le prix réellement payé par le membre est parfois absent du document, ce manque empêche l'assureur de calculer son intervention et oblige le membre à recontacter sa mutualité. Il est donc important que toutes les données nécessaires et dont la mutualité à connaissance se retrouvent sur le document de relevé.
- Pour les frais d'hospitalisation à l'étranger non couverts par l'assurance assistance voyage, la mutualité doit veiller à l'information et le traitement correct des dossiers. En effet, un refus de remboursement de frais à l'étranger par l'assistance voyage ne signifie pas nécessairement que le membre ne peut pas bénéficier d'un remboursement partiel par l'assurance obligatoire. En outre, le délai de remboursement pour ces soins étant particulièrement long, il est nécessaire d'informer le membre sur le délai prévu ainsi que sur les différentes étapes pour arriver à son remboursement.
- Dans de nombreuses situations, la mutualité a tendance trop rapidement réclamer un duplicata au membre pour une attestation perdue. Cela génère des démarches délicates pour le membre qui doit notamment retourner vers son prestataire et cela ne donne pas une image positive de la mutualité. Nous recommandons donc de vérifier méticuleusement que le document n'est pas en attente avant de réclamer un duplicata. L'utilisation d'une application de "track&trace" pour certains documents (les attestations de kinésithérapeutes par exemple) pourrait-être une solution.

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

- La recommandation a été faite de veiller au contenu de l'information des dépliants de l'assurance complémentaire renvoyant vers le site internet (il manque, par exemple, la mention de la référence à la liste d'agrément de prestataires pour obtenir le remboursement de certaines prestations). L'avis de paiement annuel mentionne par ailleurs : Pour en savoir plus et découvrir les nouveautés 2024, consultez la brochure ci-jointe ou le site mc.be/avantages. Certains membres se basant sur le contenu de la brochure ne mentionnant pas, par exemple, l'agrément nécessaire des prestataires se sont vu refuser des interventions en ostéopathie.
- En assurance complémentaire, comme la loi impose depuis plusieurs années aux mutualités de priver les membres qui n'ont pas payé 2 fois leur cotisation annuelle de leur droit aux avantages, nous recommandons des actions proactives, afin que cette mesure soit mieux connue du public et génère donc moins de recours. Il reste important que, comme l'année dernière, la mutualité envoie des rappels de paiement par un autre canal que le canal utilisé pour la première invitation de paiement aux membres quand elle constate qu'ils sont en retard de paiement. Il est important d'être clair sur les conditions et les restrictions. Par conséquent, comme par le passé, la mutualité doit continuer à veiller à ce que toute publication concernant un service ou un avantage fasse référence aux statuts en tant que source où toutes les conditions et restrictions peuvent être trouvées.
- 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 membre 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

- Les conditions générales manquent parfois de précision sur le champ d'application de l'assurance "Dento+". Certaines exclusions sont mal définies, cela a amené l'une ou l'autre prise en charge en 2024.
Les informations sur la couverture exacte de l'assurance et sur les exclusions doivent donc être précises et facilement accessibles et non sujettes à interprétation.
- Au moment de la souscription, si l'assuré avait une assurance similaire, il peut bénéficier de la suppression du stage.
Déterminer si l'assurance précédente était similaire n'est pas toujours simple et amène des plaintes des assurés en cas de refus.
Nous recommandons, principalement aux collaborateurs de la première ligne, la plus grande prudence avant d'annoncer le bénéfice de la suppression du stage.

Recommandations quant au secteur de l'affiliation (assurabilité)

- Le statut de "résident en Belgique" est la catégorie résiduelle utilisée pour inscrire une personne à la sécurité sociale lorsqu'elle ne peut être inscrite sous aucun autre statut. Les membres entrant dans cette catégorie se posent de nombreuses questions. Un certain nombre de plaintes ont révélé que ces membres manquaient d'informations sur ce qu'implique précisément ce statut, sur les pièces justificatives à introduire à la mutualité et sur les conséquences financières de leur contribution propre qui peut être facturée en vertu de ce statut. Nous recommandons à la mutualité une attention particulière à l'information des droits et obligations de ces résidents.
 - Un certain nombre de plaintes concernant l'attribution de l'intervention majorée nous ont appris qu'il est important que les demandes qui arrivent au début de l'année civile soient traitées rapidement par la mutualité afin que, s'il apparaît qu'il y a un droit, l'intervention majorée puisse être accordée à partir du mois de janvier. Si, en raison d'un traitement trop lent de la demande, l'intervention majorée ne peut être accordée qu'à partir du deuxième trimestre, cela a des conséquences financières pour le membre (ex. un doublement de la prime de soins...).
- Les membres attendent de la mutualité qu'elle les informe du moment où ils peuvent avoir droit à l'intervention majorée. Nous recommandons que la mutualité soit proactive dans l'octroi de l'intervention majorée pour les publics cibles.

**Thierry Van
Autgaerden
Ombudsman MC**



Recommandations quant aux canaux de communication et accessibilité de la mutualité

- Des plaintes concernant l'accessibilité de la mutualité via les divers canaux de contact, sont régulièrement déposées. Nous pensons à l'accessibilité téléphonique, aux horaires et aux heures d'ouverture des agences, à la suppression de certaines boîtes aux lettres, aux informations sur le site web et l'application MC...
- Nous recommandons :**
- de veiller à un moyen convivial pour fournir des documents sous forme numérique
 - de conserver une attention particulière sur les membres les plus vulnérables.
 - de proposer des rendez-vous dans un délai raisonnable sans que les membres aient un grand déplacement à faire.
 - de maintenir des canaux de contact analogiques suffisamment développés. Il est important d'offrir les nouveaux canaux de communication (chat, appel vidéo...). Toutefois, cela n'empêche pas que les méthodes traditionnelles de communication avec la mutualité restent également possibles. Certains membres n'ont pas ou peu d'accès aux canaux modernes. Par conséquent, il devrait rester possible pour les membres de contacter leur mutualité par simple mail, par téléphone ou par une agence. Ce faisant, la mutualité devrait, pour des raisons d'efficacité (organisation interne du travail), ne pas créer par inadvertance des obstacles au contact pour le groupe de membres qui, en raison de leur âge, de conditions de vie difficiles, sont obligés de communiquer avec la mutualité via les anciens canaux de contact analogiques.
- En marge des plaintes concernant les revenus de remplacement et des interventions financières, les membres attirent également l'attention sur les courriers qui sont difficiles à comprendre ou sur les communications qui sont envoyées au membre dans un délai très court et qui se contredisent. Il est important de poursuivre l'effort entrepris depuis plusieurs années pour assurer l'intelligibilité des lettres et des formulaires. Lorsque l'on constate que plusieurs messages sont envoyés à un membre dans un délai très court, il serait bon de vérifier au préalable si toutes ces communications sont nécessaires et correctes. Ce afin d'éviter toute confusion chez les membres.
- Les courriers signés "votre équipe MC" ne sont pas garants d'efficacité. Outre le fait que le membre peut avoir l'impression d'une déresponsabilisation, l'absence de signature et de données de contact est problématique lorsque le membre veut des détails sur son courrier. Nous recommandons donc d'accorder une grande importance à la qualité des courriers et, à minima pour les courriers les plus complexes, d'ajouter le nom d'un interlocuteur et les données de contact.

**Didier Covens
Ombudsman CM**

