



Rapport annuel 2023
de l'ombudsman
des Mutualités chrétiennes



Table des matières

Les chiffres clés du service ombudsman pour 2023	3
Rapport d'analyse des interpellations adressées à l'ombudsman	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



Coordination : Didier Covens et Benoit Calande
Éditeur responsable : Luc Van Gorp
Photos : Adobe, MC, CM

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 de la réponse à sa plainte de première ligne par la mutualité, il peut introduire une demande de médiation chez l'ombudsman.

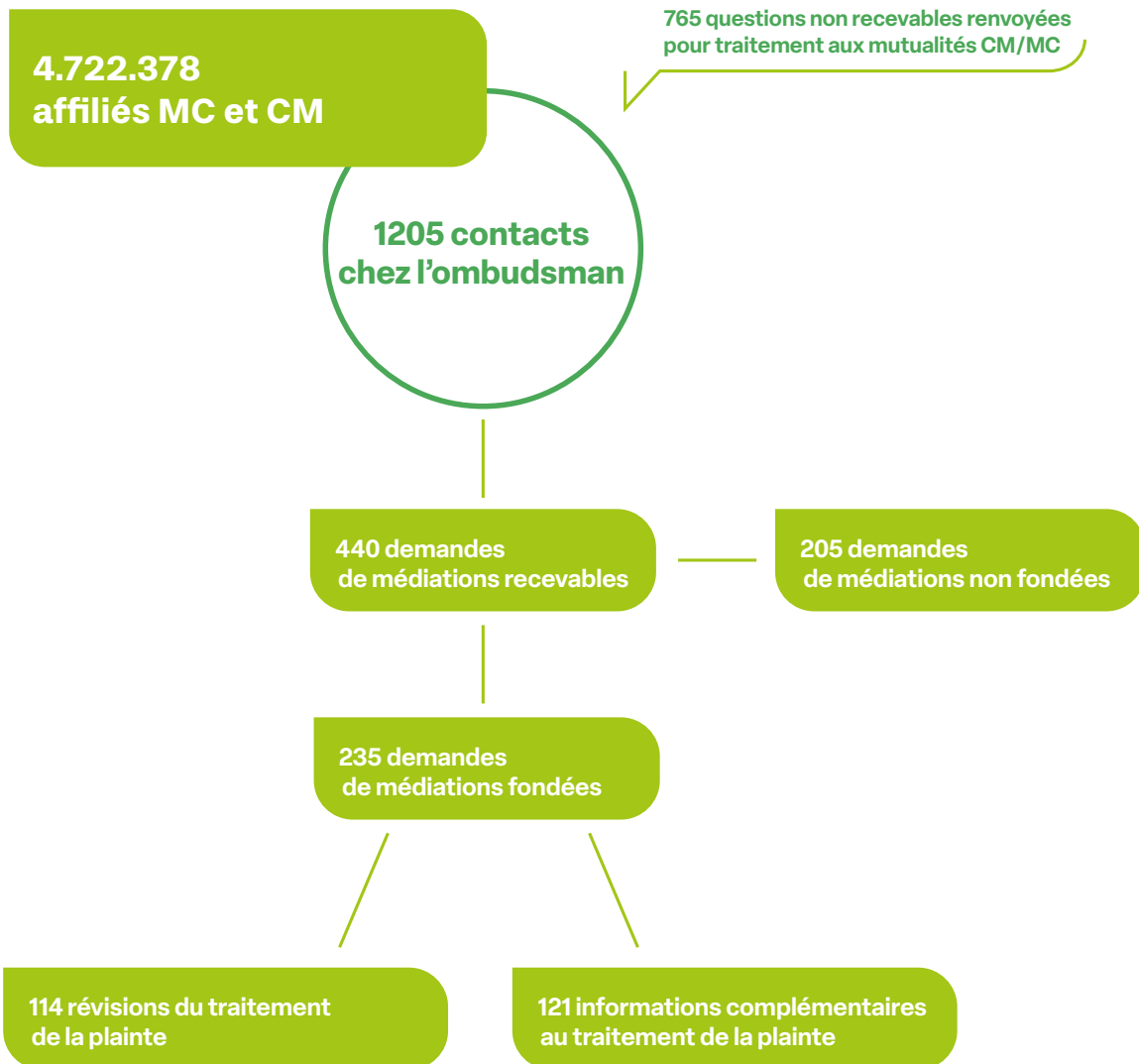
Quant à la médiation

Les demandes de médiation des affiliés de la Christelijke Mutualiteit (CM) sont traitées par l'ombudsman CM, celles des affiliés de la Mutualité chrétienne francophone (MC) et germanophone (CKK) par l'ombudsman MC.

Rôle de signal

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

Les chiffres clés du service ombudsman pour 2023



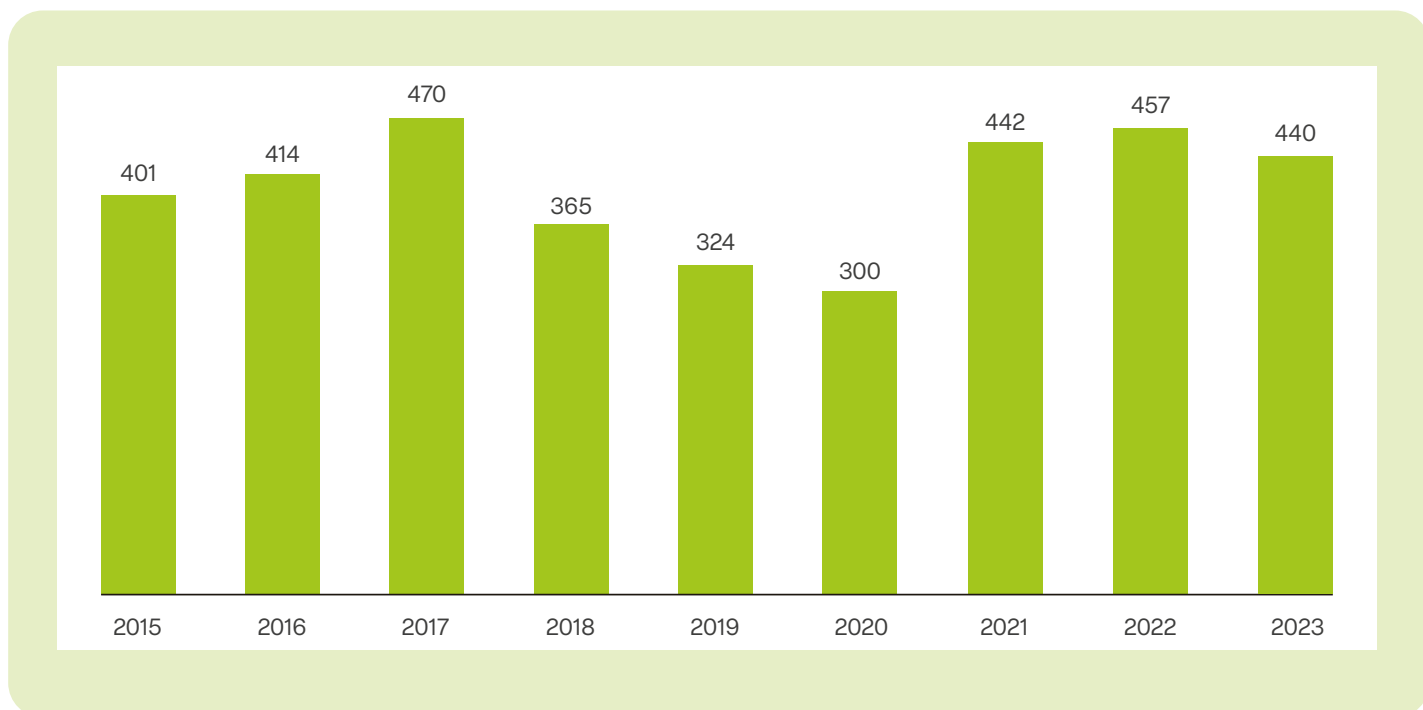
Rapport d'analyses des interpellations adressées à l'ombudsman

Nombre de médiations

Les ombudsmans ont été contactés à 1205 reprises en 2023. C'est une baisse comparée à 2022, pendant laquelle ils ont été contactés 1631 fois.
Nous avons, comme les années précédentes, dû interpréter strictement le concept de « médiation ».

De ce fait, **nous avons enregistré 440 plaintes comme étant des demandes de médiation.**

765 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 4,50 % des plaintes sont suivies d'une médiation, cela signifie a contrario que 95,50 % 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 4.722.378 affiliés, 9783 plaintes ont été déposées auprès des deux mutualités, dont 440 ont fait l'objet d'un recours auprès de l'ombudsman. **La grande majorité des contacts que les affiliés ont eus avec la MC ont été satisfaisants.**

MUT	Médiations chez l'ombudsman	Plaintes à la mutualité	Rapport entre médiation et plaintes
CM	361	8486	4,25 %
MC	79	1297	6,09 %
TOTAL	440	9783	4,50 %

Sujet de médiations

Catégories	Nombre de médiations
Revenus de remplacement	139
Soins de santé	84
Services et avantages	51
Affiliation	32
Assurances facultatives	30
Accessibilité et communication	24
Récupérations	22
Plaintes contre employé	19
Protection sociale flamande	10
Soins	6
Défense des affiliés	3
Saisie exécutoire et vie privée	3
Événement de vie	3
Magasins goed	3
Service social	2
Compte bancaire, domiciliation	2
Transport de patients Mutas	2
Samana	2
Maisons de soins MC	1
Courtier en soins	1
Facturation de prestataires	1
Total	440

La forte proportion de demandes de médiation concerne:

- l'indemnisation à cause 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 affiliés 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. Près 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 affiliés 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 étrangères, 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 délais de paiement sont plus longs.

Enfin, l'ombudsman reçoit des signaux indiquant que les relevés de paiement ne couvrent pas toujours le montant total payé par le patient, ce qui pose des problèmes lorsque ces affiliés 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 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 portent régulièrement sur les conséquences d'une nouvelle législation entrée en vigueur au début de l'année 2022 et à la suite de laquelle les affiliés 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 liées à l'octroi tardif du statut d'intervention majorée sont des sources de demandes de médiations. Le statut d'intervention majorée donnait aux personnes à faible revenu le droit, entre autres, au tarif social en période de prix élevés de l'énergie. Étant donné que l'intervention majorée n'est plus une condition pour avoir droit au tarif social de l'énergie, nous nous attendons à ce que le nombre de demandes de médiations sur l'octroi de ce statut diminue dans les années à venir.

Les médiations pour les assurances facultatives demandées par les affiliés de la Mutualité chrétienne francophone concernaient essentiellement des dossiers Dento+, soit pour refus d'interventions ou prise de cours du contrat.

L'ombudsman de la Christelijke Mutualiteit (CM) a reçu 24 demandes de médiation qui évoquaient des aspects tellement différents concernant le MediKoPlan et Hospitaalplan que rien n'indique un problème structurel.

Bien que cette année, avec 24 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, l'affilié 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 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	2023	%
Décision	91	20,68
Gestion du dossier	89	20,23
Information	54	12,27
Paiement	45	10,23
Réglementation	43	9,77
Délai de traitement	37	8,41
Organisation et activité	34	7,73
Plainte contre collaborateur	18	4,09
Perception	14	3,18
Document égaré	9	2,05
Accessibilité	6	1,36
Total	440	100

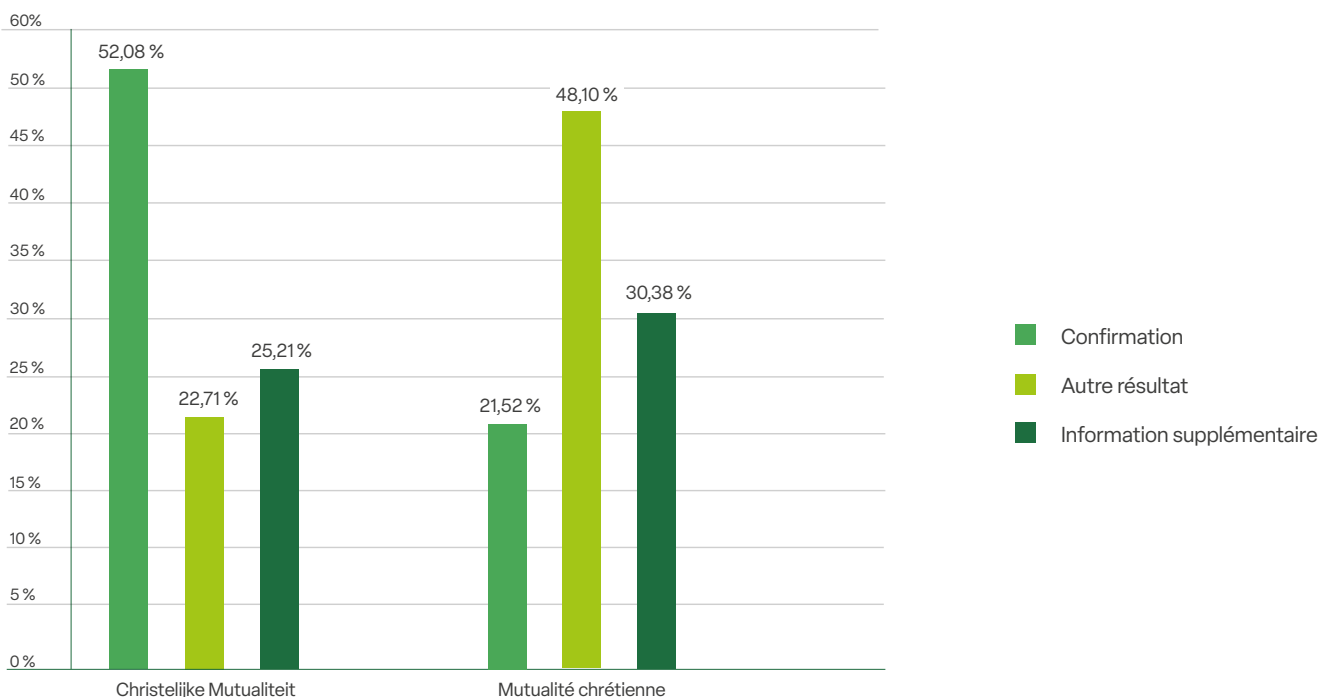
Résultat des médiations

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.

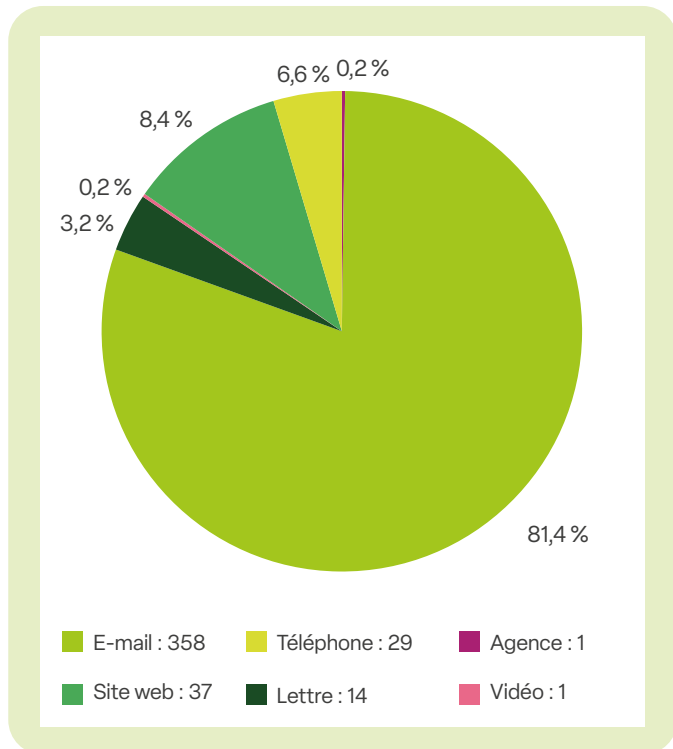
En d'autres termes, il apparaît que le **recours à l'ombudsman MC apporte une plus-value au plaignant dans 78,5 % des cas.** Dans 30,4 % du nombre total des médiations, la plus-value consiste à obtenir une révision de la réponse à la plainte, et pour 48,1 %, bien que l'ombudsman confirme la position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



Canaux de contact

Ces chiffres indiquent que **90 % 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.



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 2023, 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 de l'affilié là où c'était possible. Les ombudsmans les remercient vivement pour leur collaboration efficace durant l'année 2023.

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

Recommandations générales

- Lorsque la mutualité est confrontée à une priorisation de tâches, il est recommandé qu'elle veuille à choisir comme prioritaires les **dossiers pouvant entraîner une récupération ou un paiement supplémentaire.**
- Dans la communication avec les affiliés, 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.
- Le public des affiliés plus vulnérables doit avoir **accès aux informations.** La mutualité doit veiller qu'en plus des nouveaux canaux de contact, il reste un canal à part entière et facile d'accès par lequel il pourra avoir accès aux services car il n'intégrera jamais le numérique.
- Pour bénéficier d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire ou des services et avantages MC, ou pour demander un revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail, il faut transmettre de nombreuses données à la mutualité, et ce de manière régulière à l'aide des formulaires prescrits et dans des délais imposés. Pour bénéficier de l'avantage, des conditions doivent être remplies. Une erreur lors de la transmission des documents est vite arrivée et les conséquences peuvent être importantes, jusqu'à la perte du droit à l'intervention. On ne peut pas attendre du citoyen, qui n'a généralement aucune expérience en matière de demande d'interventions ou de prestations, qu'il soumette toujours les bonnes informations, dans le bon format et dans les délais impartis. **Nous préconisons donc d'accorder un « droit à l'erreur » aux affiliés de bonne foi.** Grâce à ce droit, la personne qui commet une erreur dans sa demande aurait la possibilité de la rectifier, sans qu'aucune sanction ne lui soit imposée. En France, ce droit est déjà inscrit dans la législation et aux Pays-Bas également, à l'instigation du Conseil d'État, un ensemble d'instruments a été mis au point pour permettre aux citoyens de corriger leur erreur. Le 17 décembre 2021, le Sénat belge a adopté en séance plénière la **Résolution sur l'introduction du droit à l'erreur dans les contacts avec les administrations publiques** (7-244 - 2020/2021). Nous recommandons, dans la mesure où cela est possible dans le cadre de la réglementation applicable aux mutualités, de rendre ce droit à l'erreur également applicable aux contacts des affiliés avec la mutualité, puisque la mutualité fonctionne comme une extension des administrations gouvernementales. À partir du moment où l'INAMI mettra en œuvre le principe du droit à l'erreur pour le citoyen, nous recommandons que la mutualité assiste activement l'INAMI dans la réalisation. Cette recommandation est soutenue par le réseau des ombudsmans belges (ombudsman.be).

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 l'affilié signale qu'il est ou va devenir incapable de travailler**. S'il s'avère que l'affilié 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 l'affilié 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. 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.
- Nous recommandons à la mutualité de **soutenir la démarche d'envoi du certificat médical sous forme de déclaration numérique** afin de réduire les risques de déclaration tardive ou de perte de déclarations envoyées par la poste.
- Nous recommandons de prendre les mesures nécessaires afin d'**optimiser le délai et la qualité de traitement des dossiers d'indemnisation 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.

Recommandations quant au secteur interventions financières (soins de santé)

- Nous recommandons de discuter, via le CIN (collège intermutualiste national), avec la délégation des médecins pour parvenir à un accord selon lequel le médecin traitant devrait toujours **noter le montant demandé sur l'attestation de soins donnés ou le communiquer électroniquement à la mutualité** lors de la facturation électronique. Il serait positif de développer un relevé montrant uniquement le coût des soins reçus lors d'un accident et les interventions payées pour ces soins par la mutualité.

- **Pour les frais d'hospitalisation à l'étranger non couverts par l'assurance assistance voyage**, la mutualité doit veiller à l'information et au traitement correct des dossiers. En effet, un refus de remboursement de frais à l'étranger par l'assistance voyage ne signifie pas nécessairement que l'affilié ne peut pas bénéficier d'un remboursement partiel par l'assurance obligatoire.

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

- **Pour la Mutualité chrétienne (MC)**
La recommandation a été faite de **veiller au contenu de l'information des dépliants de l'assurance complémentaire** renvoyant vers le site internet (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 2023, consultez la brochure ci-jointe ou le site mc.be/avantages ». Certains affiliés se basant sur le contenu de la brochure ne mentionnant pas l'agrément nécessaire des prestataires se sont vu refuser des interventions en ostéopathie.
- **Pour la Christelijke Mutualiteit (CM)**
En assurance complémentaire, comme la loi impose depuis plusieurs années aux mutualités de priver les affiliés qui n'ont pas payé 2 fois leur cotisation annuelle de leur droit aux avantages, nous recommandons des actions 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 affiliés 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 CM 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.



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 affiliés entrant dans cette catégorie se posent de nombreuses questions. Un certain nombre de plaintes ont révélé que ces affiliés 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'IM ne peut être accordée qu'à partir du deuxième trimestre, cela a des conséquences financières pour l'affilié (ex. un doublement de la prime de soins...). Les affiliés 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.

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 (déclaration CIT, AA, Plan...)**
- **de proposer des rendez-vous dans un délai raisonnable sans que les affiliés 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 affiliés n'ont pas ou peu d'accès aux canaux modernes. Par conséquent, **il devrait rester possible pour les affiliés 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 affiliés qui, en raison de leur âge, de conditions de vie difficiles, etc. 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 affiliés 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. Cela afin d'éviter toute confusion chez les affiliés.

Benoit Calande
Ombudsman MC



Didier Covens
Ombudsman CM

