



**MEDIATION DE LA
CONSOMMATION
MUTUALITE FRANÇAISE**

Rapport d'activité 2019

L'année 2019 aura été marquée par une certaine stabilité : constance du nombre des saisines, maintien de l'effectif de l'équipe de la Médiation de la consommation de la Mutualité française, pause dans l'évolution de la réglementation.

Cette stabilité est toute relative car 2019 a également été l'année de l'application de réformes récentes et de nouvelles obligations pour les complémentaires : effectivité de la directive sur la distribution d'assurance, entrée en vigueur de la Complémentaire santé solidaire et de la réforme du 100% santé, fusion des régimes Agirc et Arrco contraignant certaines entreprises à revoir leur régime de retraite supplémentaire, de prévoyance, voire de santé.

Concernant la Médiation de la Mutualité française, 189 mutuelles lui ont, en 2019, confié la résolution de leurs litiges, ce qui représente 65% des mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité.

L'activité de la Médiation de la Mutualité Française a été soutenue, avec une augmentation de 42% de propositions de solutions, ce qui a permis de résorber le retard pris sur les exercices précédents en raison de l'accroissement du nombre de saisines.

Mais si l'année 2019 a connu une certaine stabilité, il n'en demeure pas moins que les évolutions législatives et réglementaires des années précédentes ont alimenté notablement les dossiers soumis au Médiateur : les contrats responsables, les lois « Chatel » et « Evin » suscitent encore de nombreux différends entre les consommateurs et les professionnels.

Et si la gestion des contrats devient plus complexe juridiquement et techniquement, il faut admettre également que l'environnement des complémentaires est parfois difficilement lisible pour des non-initiés : fusion de mutuelles, mutuelles appartenant à des groupes dont l'identité n'apparaît pas facilement au profane, délégations de gestion, nombreux intermédiaires. Ce contexte ne facilite pas la communication entre les mutuelles et les adhérents qui parfois ne savent à qui s'adresser pour répondre à un questionnement ou résoudre un problème.

Les mutuelles doivent, à cet égard, faire incontestablement un effort de communication et de clarté, sauf à prendre le risque de voir les relations avec leurs adhérents et leur image se détériorer durablement.

CHAPITRE 1

L'ACTIVITE DE LA MEDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITE FRANCAISE EN 2019 EN CHIFFRES

Les demandes reçues.....	3
Les avis du Médiateur.....	5
Le délai de traitement des dossiers	8
L'exécution des avis.....	9

CHAPITRE 2

BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN 2019

Les effectifs.....	11
Le traitement des dossiers.....	12
- Les problèmes rencontrés	
- Le montant des litiges	
Les avis notifiés.....	14
- La répartition des avis	
- L'exécution des avis	
- Motifs des refus des mutuelles	

CHAPITRE 3

LES RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

La procédure de radiation pour non-paiement des cotisations.....	15
Libellé des garanties – soins à l'étranger.....	17
Contrôle des soins a posteriori.....	17
Les frais d'optique.....	18
La fausse déclaration intentionnelle.....	19

ANNEXES

I - Les chiffres de la Médiation.....	21
II – Synthèse des recommandations des rapports d'activité 2016, 2017 et 2018.....	23
III - Règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française..	25
IV - Liste des mutuelles ayant choisi de confier la résolution de leurs différends au Médiateur de la Mutualité Française.....	27

Avant toute analyse des faits marquants de cette année 2019, il importe de présenter quelques données chiffrées qui reflètent l'activité de la Médiation de la consommation de la Mutualité française.

Les chiffres de la Médiation de la Mutualité française illustrent un constat : le nombre de saisines s'est stabilisé. Les avis notifiés ont augmenté de 42 % en raison du traitement des dossiers ouverts antérieurement.

CHAPITRE 1

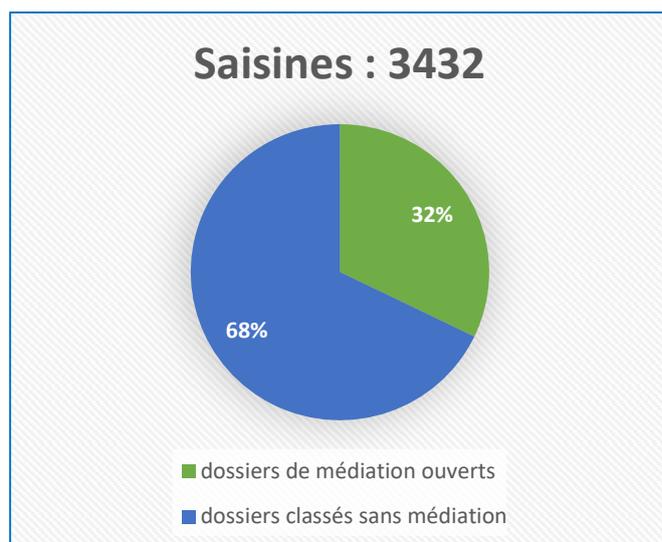
L'ACTIVITE DE LA MEDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITE FRANCAISE EN 2019 EN CHIFFRES¹

LES DEMANDES REÇUES

Le service médiation a traité 3432 demandes, soit 2,2% de de moins qu'en 2018.

2328 demandes n'ont pas fait l'objet d'instruction de médiation.

Il convient de noter que le service a également répondu à 1173 appels téléphoniques concernant la médiation, soit 15,5 % de plus qu'en 2018.

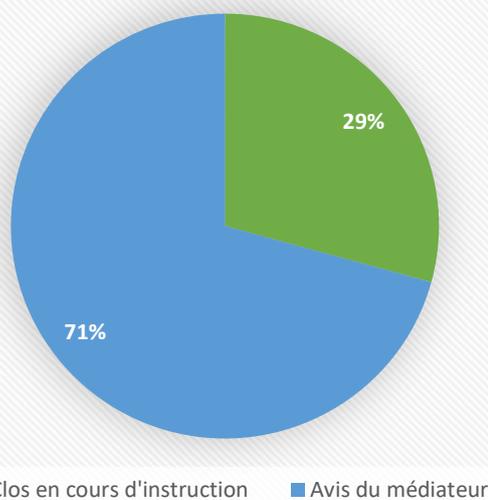


2328 demandes n'ont pas fait l'objet d'instruction de médiation, soit près de 25 % de moins que l'année précédente.

Ce sont donc 1104 dossiers qui ont été examinés par le Médiateur (soit 14% de plus qu'en 2018).

¹ Le détail des éléments chiffrés figure en annexe

Dossiers ouverts : 1104

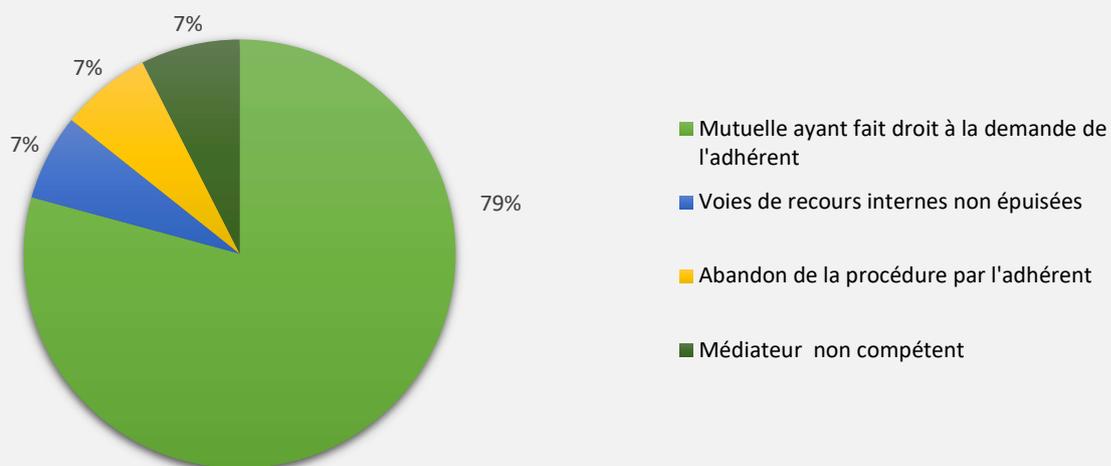


Sur les 1104 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 323 ont été clos en cours d'instruction.

La proportion des dossiers clos en cours d'instruction a nettement diminué par rapport à 2018, passant de 44% à 29%.

En revanche, le pourcentage de dossiers clos parce que la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent en cours d'instruction reste identique (près de 80% des dossiers clos en cours d'instruction).

Dossiers clos en cours d'instruction : 323

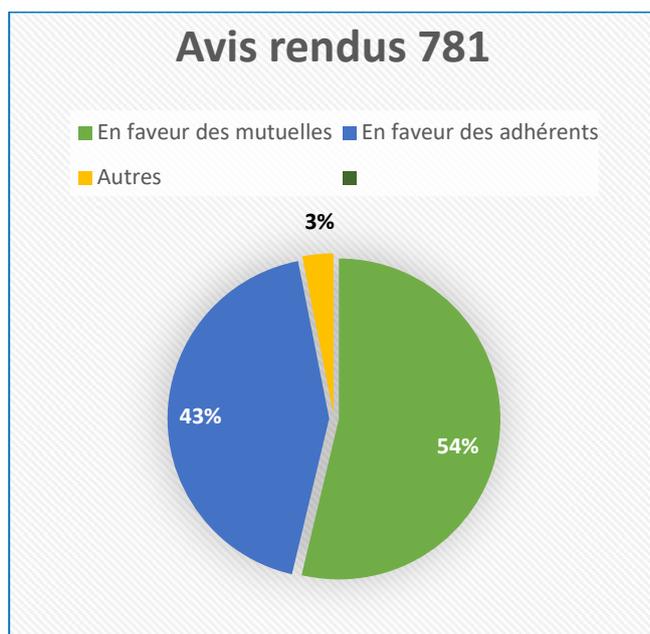


Concernant le pourcentage de dossiers clos parce que la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent en cours d'instruction, je ne peux que rappeler, comme dans mes précédents rapports, la nécessité, pour les mutuelles, d'améliorer le traitement des réclamations afin d'éviter ces saisines.

LES AVIS DU MEDiateUR

781 avis ont été notifiés, soit une hausse de 42 %

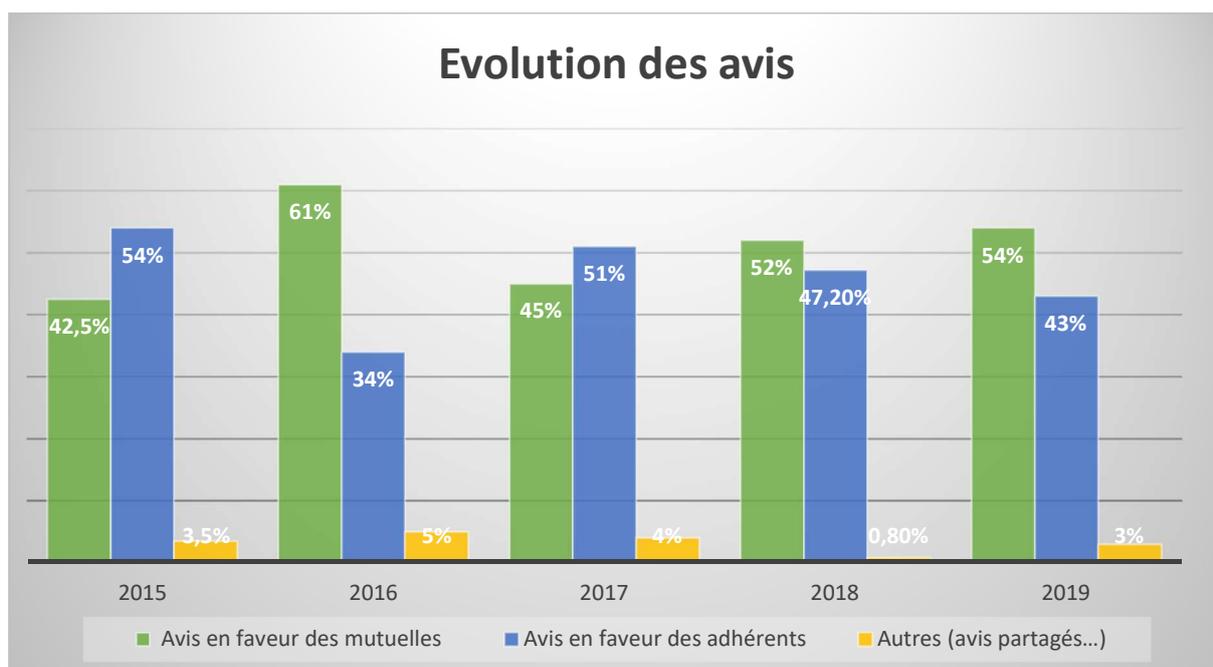
- 421 dossiers antérieurs au 01/09/2018
- 91 dossiers reçus entre le 01/09/2018 et le 31/12/2018
- 269 dossiers reçus en 2019



Sur ces avis :

- 226 ont été rendus en faveur des mutuelles,
- 182 en faveur des adhérents,
- 13 dossiers sans avis

Evolution du nombre d'avis en faveur des mutuelles



Les avis en faveur des mutuelles sont passés de 52% à 54% et ceux en faveur des adhérents de 47% à 43%. Ces évolutions ne semblent pas significatives, la proportion d'avis en faveur de chacune des parties restant somme toute comparable.

Nonobstant le nombre encore élevé des dossiers clos en cours d'instruction du fait de la reconnaissance par la mutuelle du bien-fondé de la demande de l'adhérent, la gestion des réclamations par les organismes mutualistes ne semble pas toutefois s'être dégradée.

Nature des litiges

On relève encore cette année une très grande diversité des litiges.

Les réclamations portant sur les remboursements de soins et de biens médicaux et les demandes de résiliation de contrat demeurent majoritaires, représentant à elles seules 58% des litiges.

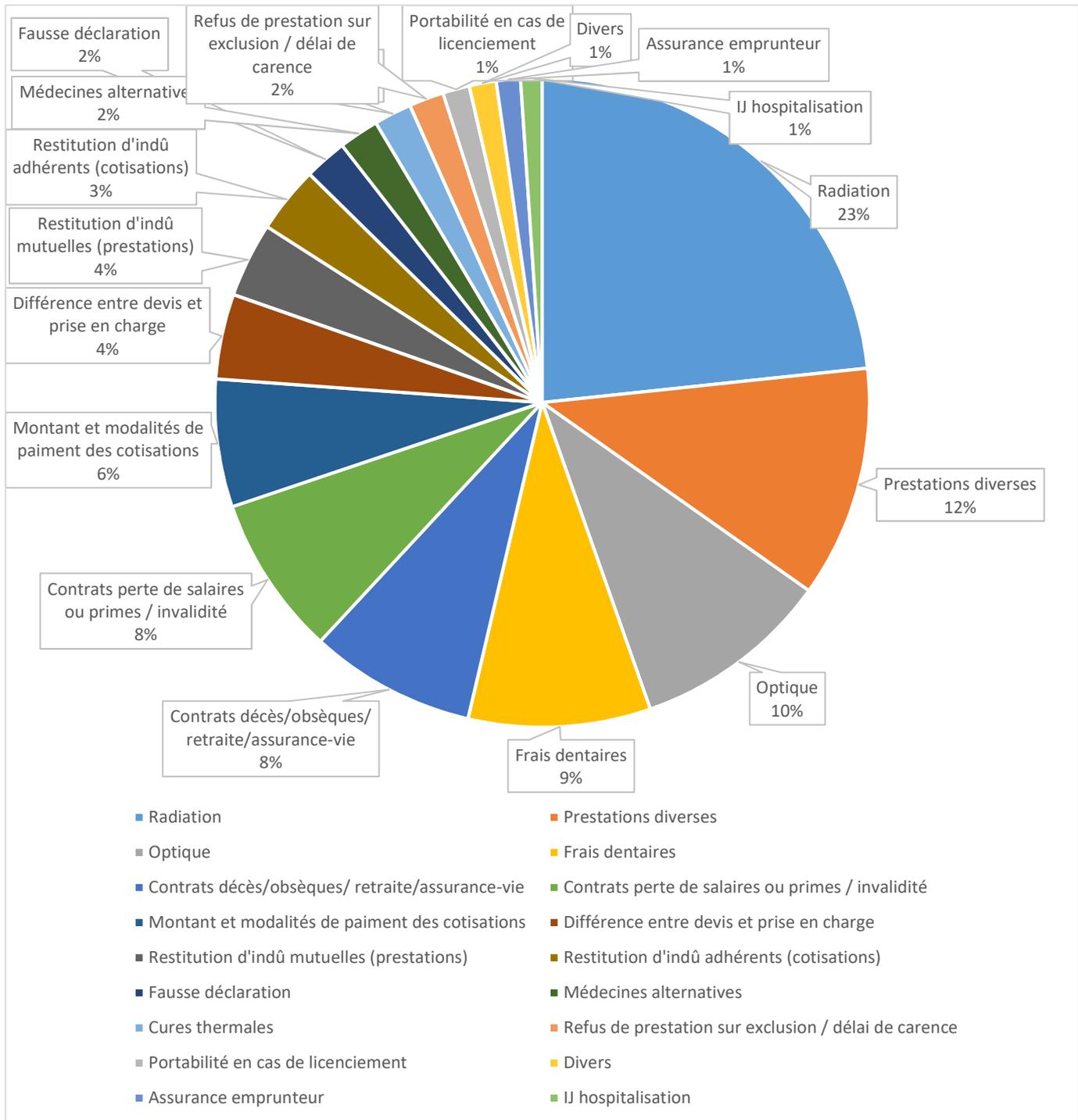
Sur 16 dossiers relevant une fausse déclaration, 2 concernent une fausse déclaration intentionnelle confirmée par le médiateur, 10 ont vu la fausse déclaration intentionnelle invoquée par la mutuelle commuée en fausse déclaration non intentionnelle par le médiateur, 4 concernent une fausse déclaration déclarée non intentionnelle par la mutuelle. Cela fait l'objet de l'une de mes recommandations.

On constate, pour les dossiers traités en 2019, une hausse notable des contestations relatives aux contrats de prévoyance (contrats de retraite complémentaire, garanties PTIA-invalidité, contrats obsèques).

Il est important de souligner que dans près de 6% des dossiers (45 dossiers), la prescription a été soulevée, qu'elle soit ou non retenue par le médiateur.

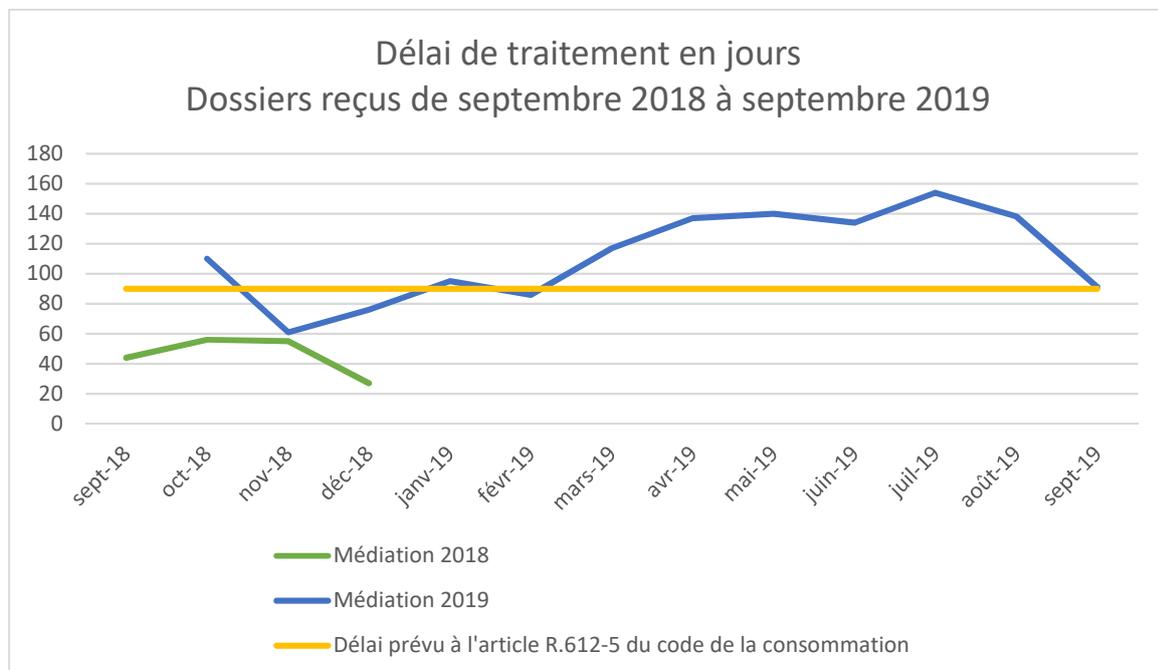
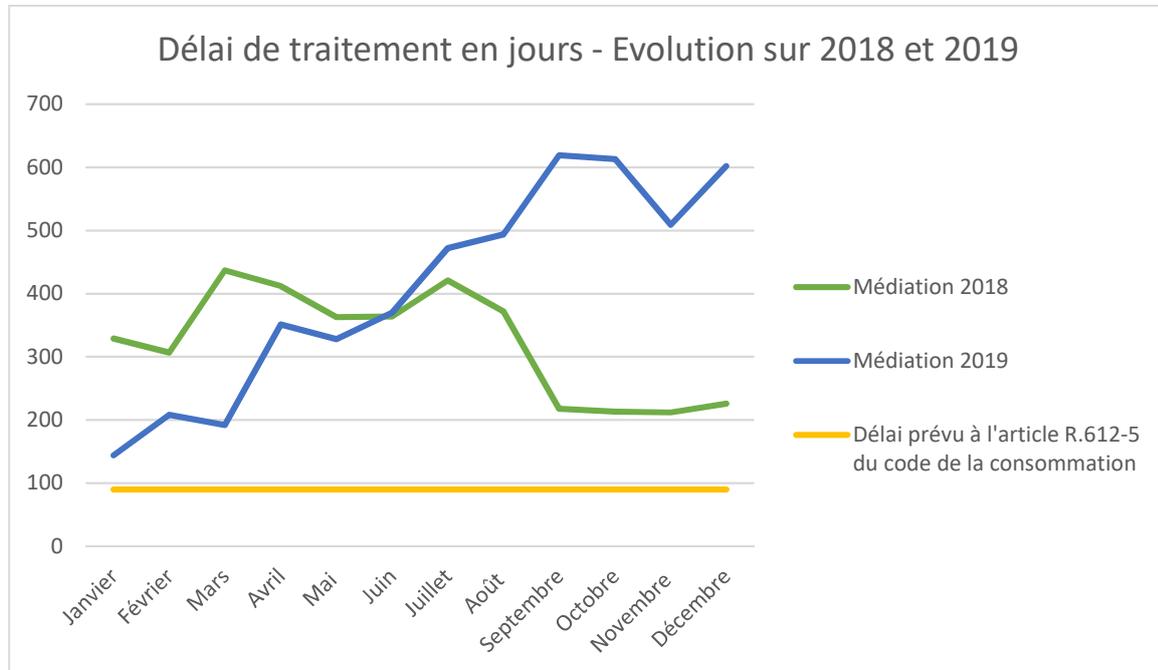
Enfin, les adhérents invoquent très souvent dans leurs réclamations un défaut d'information de la part des mutuelles, que ce soit en phase pré-contractuelle ou au cours du contrat.

Typologie des requêtes



LE DELAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

Le délai moyen de notification des avis a été de 11 mois et demi, légèrement supérieur à celui constaté en 2018 (10 mois et demi).



Si le délai moyen global sur l'année ne s'est pas amélioré c'est en raison de la résorption du retard accumulé depuis l'explosion des saisines de 2016.

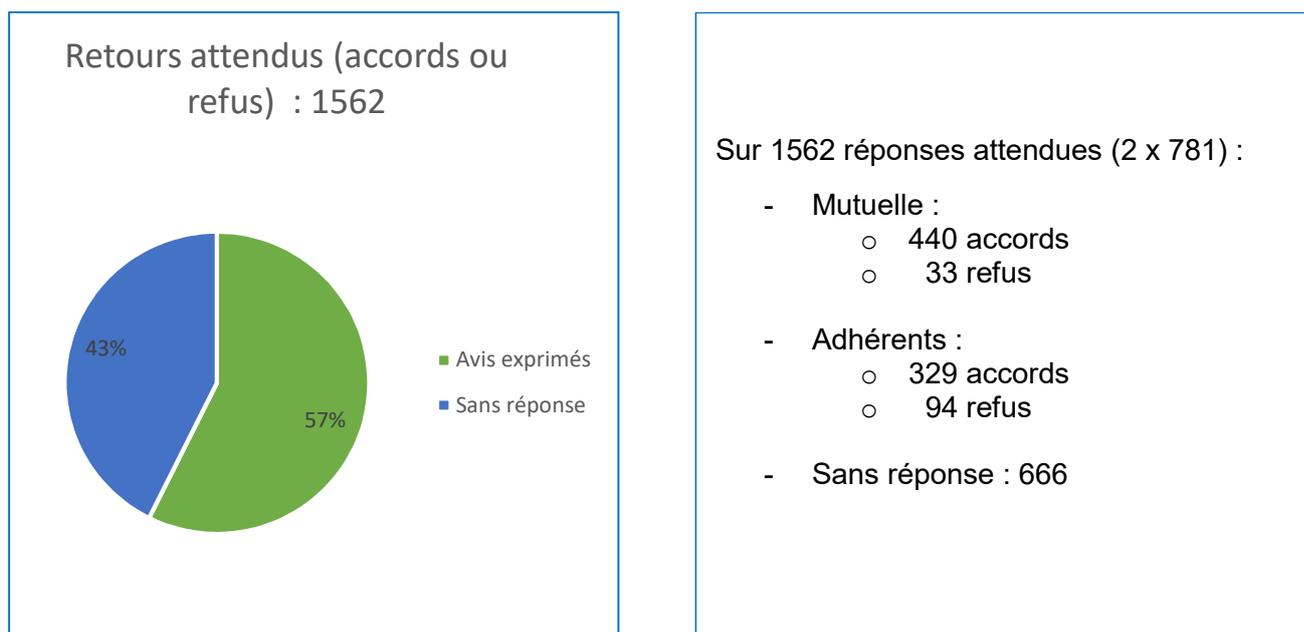
Comme je l'ai souligné dans mes deux précédents rapports, la hausse des saisines en 2016 (+ 467 % de demandes) a nécessité un renforcement des moyens (notamment des effectifs) et une réorganisation de l'activité dont les effets n'ont commencé à se faire sentir qu'en 2018.

2019 aura permis de conforter la résorption du retard, au prix de l'allongement global des délais de traitement des saisines.

On constate cependant, comme l'année précédente, que, pour les dossiers reçus depuis septembre 2018, le délai de traitement des réclamations, même s'il a connu de légers rebonds, est resté en fin d'année en moyenne de 111 jours, ce qui est proche du délai réglementaire de 90 jours.

Il convient de souligner que ce délai est calculé à compter de la date de réception de la réclamation et non à compter de la date à laquelle la demande est déclarée recevable. Or, le laps de temps entre ces deux dates peut correspondre à 21 jours, conformément à la réglementation.

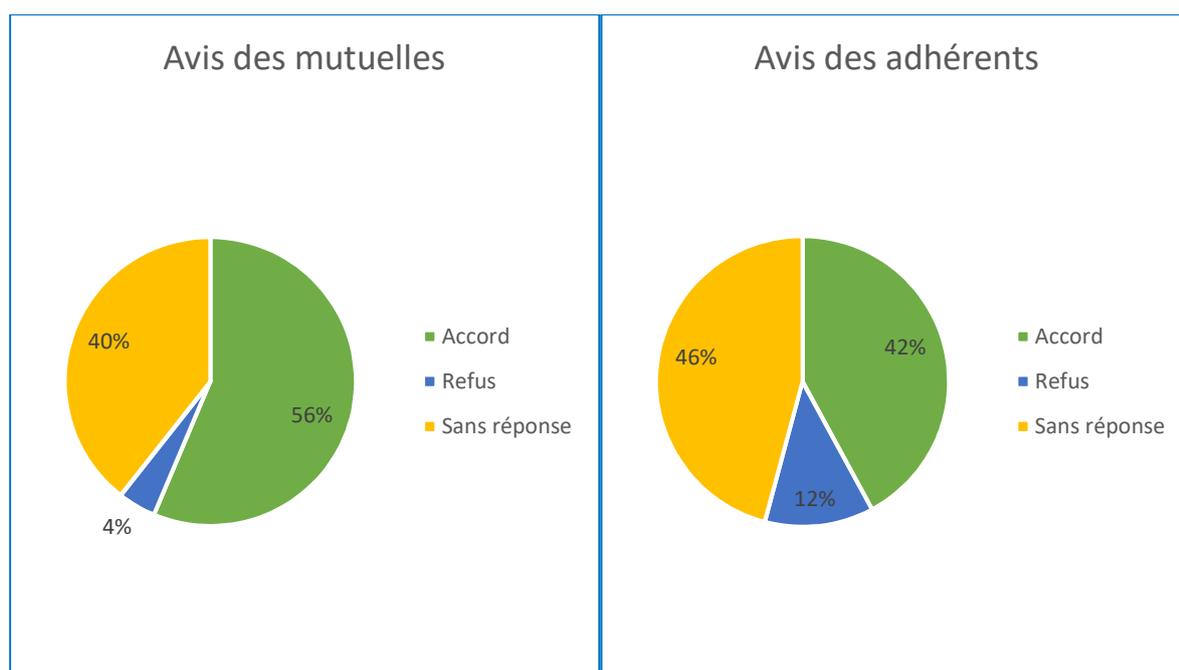
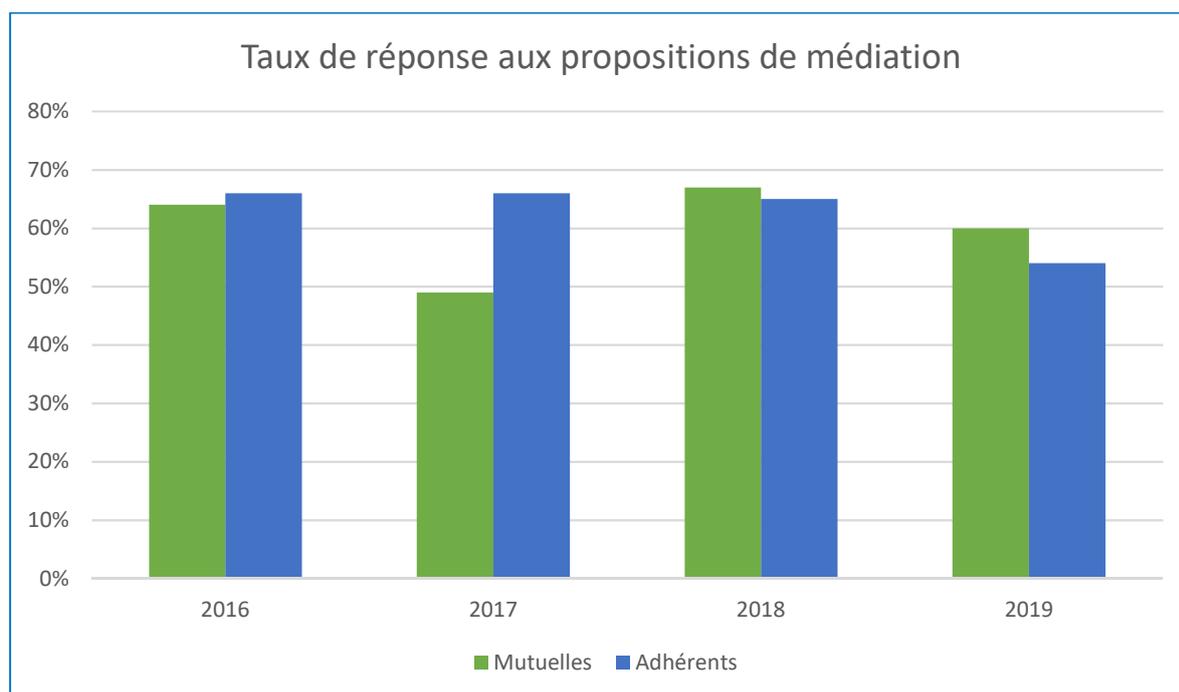
L'EXECUTION DES AVIS



Le taux des retours des adhérents est passé de 65% à 54%, celui des mutuelles de 67% à 60%

A ce jour, il n'y a pas d'explication à cet état de fait.

Evolution des taux de réponses aux propositions de médiation



Le pourcentage d'accord des mutuelles est passé de 61% en 2018 à 56% quand celui d'accord des adhérents est passé de 50% en 2018 à 42%.

En revanche, il convient de souligner que 93% des avis exprimés par les mutuelles et 78% de ceux exprimés par les adhérents sont positifs.

Par ailleurs, trois procédures contentieuses faisant suite à des avis rendus ont été engagées.

CHAPITRE 2

BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN 2019

LES EFFECTIFS

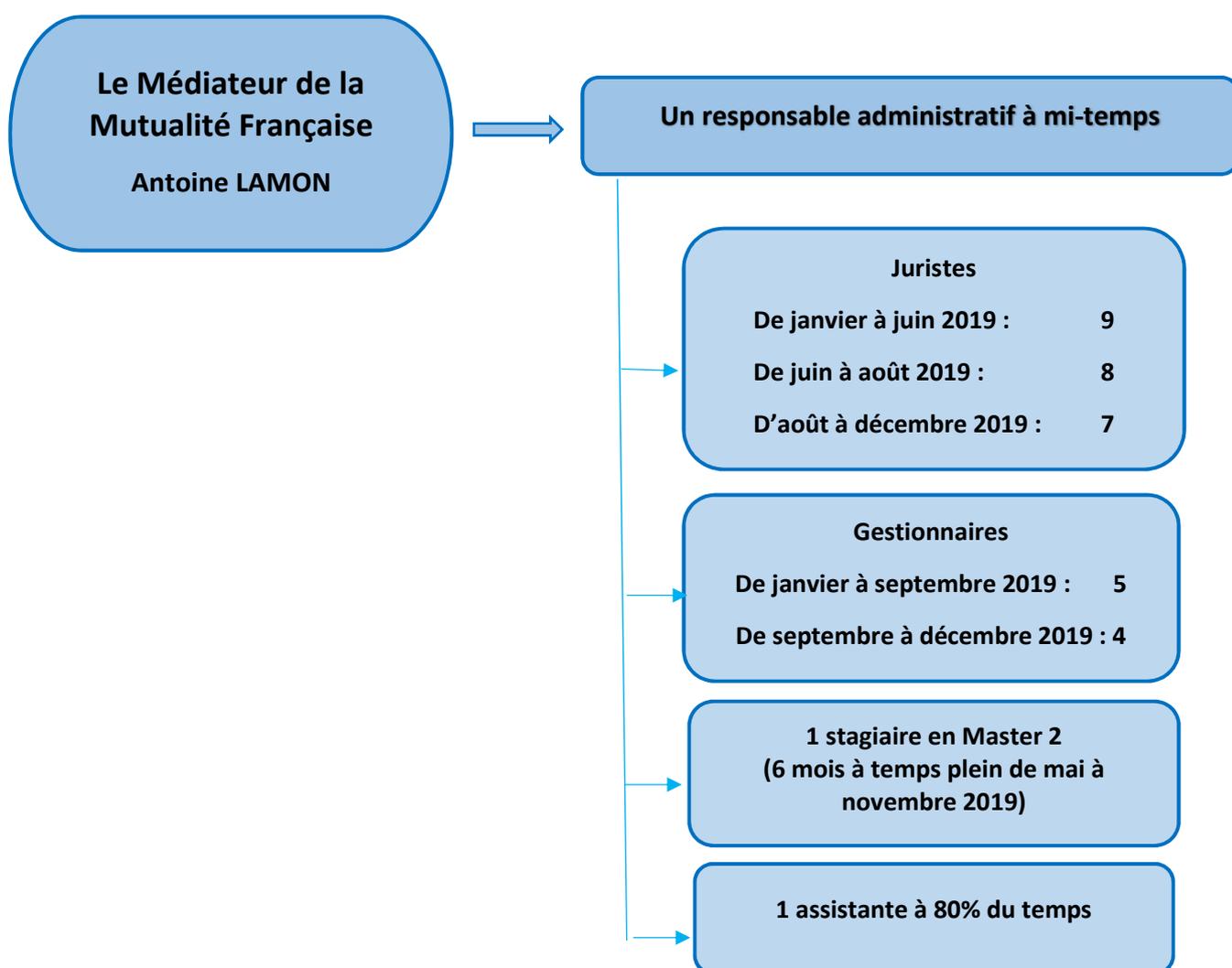
Le renforcement des effectifs affectés à la médiation s'est maintenu en 2019 comme j'en avais pris l'engagement.

Le nombre de collaborateurs est demeuré stable pendant la majeure partie de l'année.

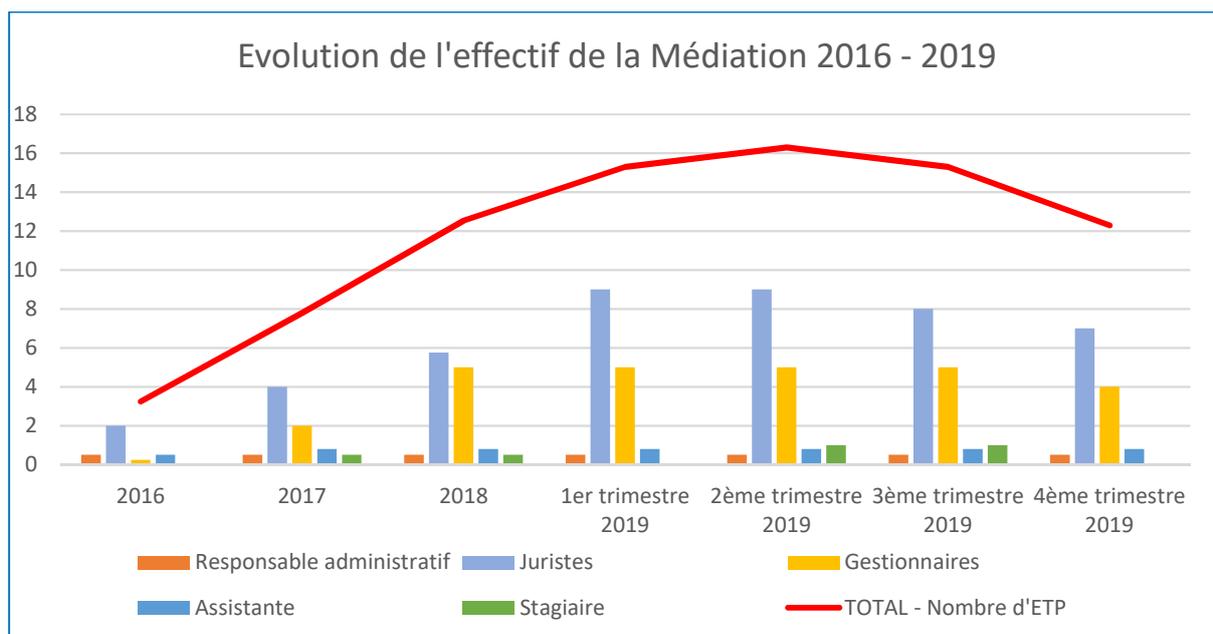
Des départs au dernier trimestre ont conduit à une légère baisse de l'effectif.

Le renforcement des effectifs, notamment de juristes, a eu pour effet de résorber le retard et de parvenir à un délai de traitement, sur la fin d'exercice, relativement satisfaisant.

Organigramme de l'équipe de la Médiation



Evolution de l'effectif



Le principe de la polyvalence des juristes a été maintenu ; il a fait la preuve de son efficacité dans le traitement des demandes et s'avère un facteur d'attractivité pour les postulants.

Comme je l'ai souligné, cette polyvalence permet d'assurer la continuité, l'objectivité et la qualité de l'analyse des demandes ainsi que celle de l'instruction des dossiers.

La diversité des litiges et les évolutions réglementaires nécessitent une constante mise à jour des connaissances des juristes afin de leur permettre d'appréhender l'ensemble des problématiques qui leur sont soumises.

LE TRAITEMENT DES DOSSIERS

a) Les problèmes rencontrés

Comme en 2017 et 2018, on constate une très grande diversité des requêtes.

Elles vont de la demande de résiliation du contrat qui reste très majoritaire au versement de prestations de soins, de capital décès ou d'allocation obsèques, en passant par le montant des cotisations, la restitution d'indû, les cures thermales, la portabilité des contrats en cas de licenciement, l'application d'un délai de carence ou la prise en charge des médecines non conventionnelles (cf. détail en annexe).

Les demandes de résiliation en raison de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire souscrit par l'employeur ou au titre de l'application de la loi Chatel représentent 34% des demandes de radiation, ce qui reste relativement élevé.

Les demandes d'annulation des contrats pour défaut de conseil préalable à la souscription qui concernent 10% des demandes de résiliation et les demandes de radiation pour changement de situation professionnelle sur la base de l'article L.221-17 du code de la mutualité (11%) augmentent sensiblement.

On note par ailleurs, comme chaque année, une très forte proportion de contestations portant sur les remboursements de frais de soins ou de biens médicaux.

Les frais dentaires et d'optique occupent dans cette typologie une place importante. Comme par le passé, j'ai souvent demandé aux mutuelles de déroger à la règle fixant un délai de deux ans entre le remboursement de deux équipements optiques pour les adultes et d'un an pour les enfants imposée par l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale lorsque les adhérents justifiaient d'un changement de vue ou d'une pathologie rendant l'acquisition de nouveaux verres indispensables.

Dans le domaine dentaire, je ne peux que faire le même constat que l'année dernière : « la facturation des prothèses et implants demeure un poste important de contestations. Les recommandations des précédents rapports restent, à cet égard, d'une criante actualité, tant sur le libellé des garanties que sur l'exactitude des estimations de prise en charge au vu des devis présentés.

L'orthodontie est également source de conflits, notamment en cas de changement d'organisme complémentaire en cours de traitement. Une clarification des garanties sur ces modalités de prise en charge est par conséquent indispensable. » » (Extrait du rapport de 2018) Je ne peux hélas retirer un seul mot à ces remarques. Un nombre important de dossiers portait sur la différence entre l'estimation de remboursement au vu du devis et la prise en charge réelle des traitements dentaires (prothèses, implants, parodontie ou orthodontie). Les mutuelles se doivent d'être vigilantes lors de l'étude des devis car c'est sur le fondement des estimations réalisées que leurs adhérents engagent les soins prévus. Les frais sont généralement élevés et une prise en charge moindre que celle indiquée s'avère très souvent problématique.

La réforme du « 100 % santé » n'a pas, pour les dossiers traités en 2019, eu d'effet sur les réclamations portant sur ces postes. Ce n'est qu'à partir de l'année 2020 que cette réforme devrait normalement entraîner une meilleure prise en charge des frais dentaires, optiques et d'audiologie.

Les autres saisines relèvent de problématiques diverses : rachat de contrat retraite, indemnisation d'incapacités de travail, modification des garanties, médecines non conventionnelles ou soins à l'étranger. Très souvent, ces réclamations reposent sur un défaut d'information réel ou supposé ne permettant pas à l'adhérent de faire valoir ses droits. Le manque d'information ou de conseil est souvent allégué par les adhérents qui sont en la matière de plus en plus revendicatifs. Certaines erreurs d'interprétation de clauses contractuelles sont reprochées aux mutuelles bien que celles-ci aient dûment rempli leur devoir d'information. Or, les adhérents imputent à leur complémentaire non seulement la responsabilité de les informer, mais aussi celle de s'assurer que l'information a été reçue, comprise et intégrée.

L'examen des dossiers me conduit à confirmer mes recommandations passées, en ce qui concerne le libellé des garanties, l'information des adhérents et la gestion des réclamations. Je les compléterai au regard de quelques problématiques particulières rencontrées cette année. (cf. chapitre 3).

b) Le montant des litiges

Le montant des litiges va de 27 € à 39 000 €, la moyenne étant de 2 485 €.

Cette moyenne a été établie sur 25 % des dossiers dont l'instruction a été menée à son terme pour lesquels le montant est connu, le montant en litige étant inconnu dans les 75% restant. Il n'en demeure pas moins que l'écart des sommes en jeu reflète la diversité des saisines et

des motivations des réclamants. Les litiges relatifs à l'indemnisation des incapacités de travail portent sur des montants plus élevés que les contestations de prestations de santé.

Il est cependant probable que le nombre de dossiers dont le montant en jeu n'est pas connu recèle des sommes conséquentes puisqu'il s'agit de dossiers dont les adhérents eux-mêmes ne chiffrent pas précisément la demande (rachat de contrat retraite, remboursement de plusieurs années de cotisation, indemnisation d'invalidité, mensualités de remboursement de prêt, etc...)

LES AVIS NOTIFIES

a) La répartition des avis

Le nombre d'avis en faveur des mutuelles est passé de 51% à 54%.

Cette légère progression, si elle n'est pas remarquable, témoigne de la justesse de la position des mutuelles dans la majorité des dossiers.

Pour autant, dans certains cas, j'ai relevé des erreurs dans l'application de la réglementation, et, pour un cas, un abus de droit.

b) L'exécution des avis

On déplore une nette baisse des retours sur les solutions proposées.

Or, le seul chiffre permettant d'évaluer la portée de la médiation est le pourcentage des propositions de solution expressément acceptées par les parties.

Il est malaisé d'expliquer cette baisse des retours : l'envoi, lors de la notification de la proposition de solution, d'un questionnaire à retourner au médiateur devrait inciter les parties à répondre ; pourtant, il reste une forte proportion de notifications sans réponse.

Il est pourtant certain que l'efficacité de la médiation ne peut se mesurer qu'à l'aune de ces retours.

L'absence de retour n'est pas interprétable en un sens favorable ou défavorable. Ce silence est insatisfaisant dans la mesure où la procédure de médiation a pour objet de proposer des solutions amiables qui, ne s'imposant à aucune des parties, doivent recueillir ou leur assentiment ou leur rejet mais n'ont pas vocation à rester lettres mortes.

c) Motifs des refus des mutuelles

L'article 12 du règlement mutualiste demande aux mutuelles qui refusent la proposition transmise d'en donner les raisons.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'une divergence d'interprétation des clauses du contrat ou de la réglementation applicable.

Plus rarement, la mutuelle rejette un avis rendu en équité en maintenant une interprétation stricte de la réglementation (remboursement d'une paire de lunettes pour enfants).

CHAPITRE 3

LES RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

Les recommandations des rapports des années 2016, 2017 et 2018 peuvent pour la plupart être réitérées. La synthèse de ces recommandations est jointe en annexe II.

Je tiens, toutefois, à souligner que les contestations relatives au libellé des garanties des contrats responsables ont sensiblement diminué, ce qui tend à prouver que celles-ci sont plus claires et compréhensibles.

Pour cette année 2019, je souhaite plutôt mettre l'accent sur des problématiques spécifiques soit en raison de leur fréquence, soit en raison du caractère exemplaire en matière de rigueur dans la gestion des contrats qu'elles revêtent.

La procédure de radiation en cas de non-paiement des cotisations.

J'avais, en 2017, insisté sur les modalités de résiliation pour non-paiement des cotisations qui me semblaient devoir être respectées.²

Je souhaite, cette année, revenir sur la mise en demeure qui doit être adressée à l'adhérent défaillant.

Dans nombre de dossiers, les adhérents dénoncent le manque de conformité de la mise en demeure, quand elle existe. En effet, une simple relance ne constitue pas une mise en demeure.

Au sens de l'article 1344 du code civil, la mise en demeure est « l'acte par lequel un créancier demande à son débiteur d'exécuter ses obligations ». La particularité de ce document réside

² Extrait du rapport de 2018 : « L'article L.221-7 du code de la mutualité prévoit la possibilité, pour les mutuelles, de résilier les contrats individuels pour non-paiement des cotisations dans un délai de 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure.

La mise en demeure ne peut être adressée à l'adhérent que 10 jours après l'échéance impayée.

Le code ne fixe, en revanche, aucune obligation aux mutuelles quant à la date limite à laquelle elles peuvent radier les membres défaillants.

Il n'impose pas non plus cette radiation.

Le Médiateur a eu à connaître d'un dossier dans lequel la mutuelle avait attendu plus de 2 ans d'impayé avant de radier son assuré. Un tel délai ne fait qu'augmenter artificiellement la dette de l'adhérent, la garantie étant suspendue du fait du non-paiement de la cotisation. Il est donc conseillé aux mutuelles de mettre en place, dans la mesure du possible, des procédures permettant de prononcer la résiliation pour non-paiement des cotisations dans un délai raisonnable.

En outre, il a été constaté que les doubles des mises en demeure envoyées sont rarement produits par les mutuelles dans le cadre de l'instruction des dossiers. Un tel manque ne permet pas d'apprécier la régularité des opérations de résiliation. »

dans le fait qu'il revêt un caractère beaucoup plus strict qu'une simple lettre de relance où il est simplement demandé à la partie adverse d'exécuter ses obligations.

Par ailleurs, l'article R.113-1 du code des assurances prévoit que la mise en demeure prévue au deuxième alinéa de l'article L.113-3 (article pendant de l'article L.221-7 du code de la mutualité) « résulte de l'envoi d'une lettre recommandée, adressée à l'assuré, ou à la personne chargée du paiement des primes, à leur dernier domicile connu de l'assureur ».

Quant à la Cour de Cassation, elle a maintenu sa jurisprudence, dans un arrêt du 10 septembre 2015 concernant les moyens de preuve de la mise en demeure délivrée par l'assureur en cas de défaut de paiement de la prime, à savoir : l'assureur peut rapporter la preuve de l'envoi de la mise en demeure par la production d'actes ou de documents postaux. La Cour de Cassation a confirmé que cette preuve peut résulter du tampon apposé sur le bordereau d'envoi.

En d'autres termes, s'il est exigé que la mise en demeure soit adressée par lettre recommandée, il n'existe pas d'obligation quant à l'accusé de réception.

Par ailleurs, la mutuelle doit s'assurer que la mise en demeure fasse référence au texte idoine qui justifie la procédure :

- l'article L.221-7 du code de la mutualité qui prévoit la procédure en cas de défaut de paiement de cotisations des contrats individuels ;

- l'article L.221-6 du code de la mutualité pour un défaut de paiement de cotisations pour un contrat collectif.

Les règles de la mise en demeure ont évolué. Auparavant, l'article R.113-1 du code des assurances prévoyait que la mise en demeure devait « indiquer expressément qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappeler le montant et la date d'échéance de la prime et reproduire l'article L.113-3 ». Cette disposition a été supprimée par le décret n° 92-1356 du 22 décembre 1992. Il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui encore, « le contenu de la mise en demeure doit permettre à son destinataire de savoir avec précision au titre de quel contrat d'assurance la prime est exigée, ainsi que l'échéance et le montant de celle-ci ».

La procédure décrite ci-dessus est applicable au défaut de paiement des cotisations.

✓ **Mise en demeure pour une autre créance**

Concernant la demande en restitution de prestations indues, le code de la mutualité ne prévoyant pas de procédure, il convient de se référer au droit commun, également applicable au défaut de paiement de cotisations concernant les exigences de forme.

Les formes de la mise en demeure sont prévues au nouvel article 1344 du code civil issu de l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations : « Le débiteur est mis en demeure de payer soit par une sommation ou un acte portant interpellation suffisante, soit, si le contrat le prévoit, par la seule exigibilité de l'obligation ».

Une mise en demeure doit répondre aux exigences de :

- ✓ l'article L.111-8 du code des procédures civiles d'exécution qui régit l'activité des sociétés de recouvrement et des huissiers et concernant les frais de recouvrement.
- ✓ l'article R.124-4 du code précité qui dispose : « La personne chargée du recouvrement amiable adresse au débiteur une lettre qui contient les mentions suivantes :
1° Les nom ou dénomination sociale de la personne chargée du recouvrement amiable, son adresse ou son siège social, l'indication qu'elle exerce une activité de recouvrement amiable ;

- 2° Les nom ou dénomination sociale du créancier, son adresse ou son siège social ;
- 3° Le fondement et le montant de la somme due en principal, intérêts et autres accessoires, en distinguant les différents éléments de la dette, à l'exclusion des frais qui restent à la charge du créancier en application du troisième alinéa de l'article L. 111-8 ;
- 4° L'indication d'avoir à payer la somme due et les modalités de paiement de la dette ;
- 5° La reproduction des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 111-8.

Les références et date d'envoi de la lettre mentionnée au premier alinéa sont rappelées à l'occasion de toute autre démarche auprès du débiteur en vue du recouvrement amiable ».

Libellé de garanties - Soins à l'étranger

J'ai souvent constaté l'ambiguïté du libellé des garanties concernant les soins délivrés à l'étranger.

La mutuelle doit veiller à ce que les soins à l'étranger ne soient pas cantonnés à une rubrique générale telle que les « SOINS COURANTS » : ce libellé exclut les soins et actes dentaires reçus à l'étranger, quand la garantie consacre une rubrique spécifique aux frais dentaires.

Il est important que la notice ou le règlement mutualiste définisse précisément la notion de « soins réalisés à l'étranger », leur périmètre (hors Union Européenne, hors France), les soins et actes concernés ainsi que leur prise en charge (la plupart du temps conditionnée par une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire) et selon quel barème. Si la garantie ne permet pas de catégoriser les soins, ou n'est pas assez précise sur la tarification, je me vois contraint d'appliquer une tarification comparable à ce qui aurait été appliqué en France pour les mêmes soins. C'est le cas notamment lorsque des soins ont été délivrés dans un hôpital étranger ne fonctionnant pas selon les mêmes « enveloppes » ou lignes budgétaires qu'en France (il est absolument impossible de s'en tenir à un intitulé).

Contrôle des soins a posteriori

J'ai eu à connaître de plusieurs litiges où des mutuelles demandaient à leurs adhérents de se soumettre à un contrôle a posteriori des actes de soins dentaires (comparaison de radiologie avant/ après réalisation des soins). Lesdites mutuelles prévoient un contrôle médical par leur médecin conseil a posteriori pour vérifier l'effectivité des soins dentaires ; elles conditionnent le remboursement à la production de ces documents médicaux.

Je ne peux à l'évidence cautionner de telles pratiques qui outrepassent le rôle des mutuelles.

Si des justificatifs complémentaires peuvent être nécessaires pour le remboursement de certaines prestations, force est de constater que la facture détaillée des soins et acquittée par le praticien permet à elle seule de préciser toute la nature des soins réalisés. Aussi, formuler une demande de radio pré opératoire et post opératoire est de nature à mettre en doute la véracité de l'acte réalisé par le praticien, professionnel de santé. C'est également rendre inopérant le droit au secret médical, lorsque de la production de ces documents, dépend le droit à remboursement. La Commission des clauses abusives précise d'ailleurs qu'une telle clause, qui « laisse croire au consommateur que, pour obtenir le remboursement des prestations, il ne peut pas opposer le secret médical protégé, notamment, par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique » est illicite. Aussi, la demande de telles pièces complémentaires ne peut en tout état de cause revêtir un caractère systématique, la mutuelle disposant déjà au préalable des éléments permettant d'allouer les prestations contractuellement prévues.

En cas de suspicion de fraude, il incombe à la mutuelle de diligenter une expertise en ce sens et d'engager les voies de droits, si elle l'estime nécessaire.

Optique

Jusqu'alors pour les dossiers où l'adhérent demandait un changement d'équipement optique dans un intervalle inférieur à ce qui était autorisé stricto sensu par la législation sur les contrats responsables (tous les deux ans pour les adultes et un an pour les enfants ou pour les adultes en cas d'évolution de la vue), attaché à l'esprit de la loi, j'accordais fréquemment le renouvellement anticipé des équipements d'optique, en équité, en cas d'évolution de la vue lié notamment à une pathologie, même dans un délai inférieur à l'intervalle imposé.

✓ Evolution de la législation

L'arrêté du 3 décembre 2018 a modifié les modalités de prise en charge des équipements optiques. Il prévoit désormais le renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique (respectivement une monture et deux verres) au terme d'une période minimale de :

- 2 ans pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus
- 1 an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans
- 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans : uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an s'applique.

Par dérogation, sont prévues les conditions de renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement :

- pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans il est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente.
- pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières : par exemple troubles de réfraction associés à une pathologie générale (diabète) ou à une pathologie ophtalmologique (amblyopie). La liste de ces pathologies est fixée par l'arrêté.

Celui-ci fixant précisément les cas médicaux dérogatoires, je n'accorderai plus de prise en charge exceptionnelle en équité.

L'évolution de la vue doit être objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Toutefois, les textes ne citent que l'opticien pour comparer les deux ordonnances (ou en établir une seconde). Les organismes d'assurance maladie complémentaire ne sont pas autorisés en tant que tels à accéder à ces informations et donc à constater l'existence d'une évolution de la vue, sauf à ce que l'adhérent transmette de lui-même ses ordonnances.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2020 aux équipements d'optique médicale.

Je recommande, à cet égard, aux mutuelles de se référer à la circulaire du 29 mai 2019 qui précise la « Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale et des aides auditives » et ses dérogations.

La fausse déclaration intentionnelle

Selon les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité, seule la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle est cause de nullité de la garantie accordée, et seulement dans le cas où « *cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.* » (article L.221-14)

L'examen des dossiers portant sur ce type de litiges montre que les mutuelles affirment parfois que les fausses déclarations, lorsqu'elles sont établies, entraînent la nullité des garanties sans même analyser réellement le caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Je rappelle que, pour que le caractère intentionnel de la fausse déclaration soit retenu, il faut, d'une part, que la déclaration inexacte émane de l'adhérent et qu'il ait eu la volonté de tromper la mutuelle sur le risque à assurer, lorsqu'il a souscrit le contrat ou même au cours de l'exécution. La fausse déclaration se traduit par un acte positif.

D'autre part, cette fausse déclaration doit avoir changé l'objet du risque ou diminué l'opinion du risque pour la mutuelle. Il faut donc répondre à ces conditions cumulatives pour que la fausse déclaration intentionnelle soit retenue et opposable par la mutuelle à son adhérent. La preuve de l'inexactitude doit être apportée par la mutuelle tout comme celle de la mauvaise foi, conformément à l'article 2274 du Code Civil qui dispose : « la bonne foi est toujours présumée et c'est à celui qui allègue la mauvaise foi de la prouver ». Cette preuve peut être rapportée par tous moyens : écrit, témoignage, simple présomption. En pratique, c'est par les réponses inexactes à des questions claires et précises ou le défaut de réponse de l'adhérent que la mutuelle rapporte la preuve de la mauvaise foi.

Certains dossiers ont fait apparaître des omissions ou fausses déclarations manifestement non intentionnelles devant donner lieu à l'application de l'article L.221-15.

J'invite les mutuelles à bien vérifier cet élément avant de prononcer la nullité des garanties, nonobstant les difficultés de gestion qu'entraîne le calcul de l'augmentation des cotisations ou de la réduction des prestations.

En effet, je rappelle que la sanction de la fausse déclaration non intentionnelle diffère de celle prévue pour fausse déclaration intentionnelle : la fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de la garantie mais l'augmentation des cotisations si elle est constatée avant la réalisation du risque ou, si elle est constatée après la réalisation du risque – ce qui est généralement le cas – la réduction de la prestation « *en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.* » (article L.221-15).

Cet article est parfois repris dans le règlement mutualiste alors que l'organisme n'est pas en mesure d'appliquer cette sanction.

Dans ces cas précis, si la mutuelle est dans l'incapacité de recalculer les cotisations ou les prestations, aucune sanction ne peut remplacer celle prévue à l'article L.221-15.

Au-delà de ces recommandations, il me semble utile d'insister à nouveau sur l'importance, pour chacune des parties, de produire les pièces justifiant ses positions ; il m'est désagréable de devoir parfois instruire un dossier sans pièces probantes, ce qui est susceptible de biaiser l'analyse du litige.

Cela donne lieu à des contestations de mes propositions de solution et des demandes de réexamen des requêtes, ce que je me refuse à faire, chaque partie étant invitée en temps et en heure à me faire parvenir tous les éléments me permettant d'apprécier le bien-fondé de sa position.

Conclusion

Comme je l'ai souligné en introduction de ce rapport, 2019 n'a pas constitué un tournant majeur ni dans le nombre des saisines, ni dans la nature des litiges, ni dans la façon dont les mutuelles ont traité les réclamations des adhérents.

Cette année aura été principalement axée sur la résorption du retard des exercices précédents permettant de parvenir à un délai normal de traitement des dossiers, sans avoir renoncé à la qualité de l'instruction des demandes à laquelle je suis particulièrement attaché car elle constitue l'objectif premier de la Médiation de la consommation.

Enfin, 2019 a également vu l'adoption de la loi du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite loi PACTE, qui réforme en profondeur l'épargne-retraite et de la loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé qui permet la résiliation infra-annuelle de certains contrats d'assurances complémentaires.

Ces deux textes qui entrent en vigueur en 2020 auront un impact non négligeable sur l'activité des mutuelles et la gestion des contrats. Par leur nature, on peut légitimement anticiper une répercussion de ces évolutions sur l'activité future de la médiation.

Le Médiateur de la Mutualité Française



Antoine LAMON

Les chiffres de la Médiation

I - Nature des 2 328 demandes non instruites

- 1 048 requêtes reçues via la boîte « médiation » ne relevaient pas de la médiation pour des motifs divers : demande d'information, problème de courtage, gestion du contrat (adresse, ayant-droit, devis), question concernant l'assurance maladie obligatoire....
- 1280 (soit 9,5% de plus qu'en 2018) demandes ont fait l'objet d'un classement après une réponse adaptée à la personne qui avait sollicité le médiateur :
 - 16 émanaient d'adhérents de mutuelles dont le choix de médiation était celui d'une médiation interne ; le service du médiateur a, dans ce cas, renvoyé les demandeurs vers leurs mutuelles.
 - 22 mettaient en cause des mutuelles non adhérentes à la FNMF.
 - 110 touchaient la médiation de l'assurance ou des institutions de prévoyance.
 - 719 laissaient apparaître que les voies de recours internes n'avaient pas été épuisées ; dans ces cas, soit les requêtes ont été transmises à l'organisme mutualiste concerné, soit l'adhérent a été invité à saisir le service réclamation de sa mutuelle.
 - 413 ne concernaient pas le médiateur (erreurs d'adressage, copies pour information, mutuelles ayant fait droit à la demande de l'adhérent...).

Sur ces 1280 saisines :

- 40 tendaient à faire intercéder le médiateur pour simplement obtenir l'exécution administrative du contrat et notamment la télétransmission entre régime obligatoire et complémentaire.
- 716 étaient relatives à la vie du contrat, dont :
 - ✓ 256 sur la gestion du contrat
 - ✓ 33 sur les modalités d'adhésion
 - ✓ 142 sur les cotisations
 - ✓ 285 sur la résiliation
- 25 visaient l'obtention des capitaux décès ou des allocations obsèques.
- 72 dossiers concernaient des garanties de prévoyance (maintien de salaire/invalidité) : rentes ou indemnités journalières.
- 5 concernaient la retraite.
- 390 portaient sur les prestations : remboursements de frais dentaires (soins, prothèses, orthodontie), mais également de frais d'optique, de soins délivrés à l'étranger, de prise en charge de cures thermales, forfaits journaliers ou chambre particulière lors d'hospitalisation. Certaines contestations étaient liées au changement de législation sur les contrats responsables, notamment en ce qui concerne les dépassements d'honoraires.

- 12 concernaient la gestion du régime obligatoire
- 20 étaient sans objet (demandes de geste commercial, contestation des modalités de fonctionnement du tiers-payant, demande de carte d'assuré social...)

II - Motifs de clôture des dossiers dont l'instruction a été interrompue

- 256 parce que la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent : 79,5 %
- 21 parce que les voies de recours internes n'avaient pas été épuisées,
- 22 parce que les adhérents ont renoncé à leur demande de médiation (dont 2 parce que l'adhérent a engagé un contentieux en cours de procédure et 13 parce que les parties n'ont pas produit de pièces à l'appui de leur position),
- 24 parce que le médiateur n'était pas compétent.

III- Typologie des saisines instruites(ayant fait l'objet d'une proposition de solution)

- rente dépendance : 4
- prise en charge du forfait d'hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, unités de soins de longue durée ou en maison d'accueil spécialisée : 4
- contrats de sortie article 4 de la loi Evin : 5
- prothèses auditives : 5
- versement d'indemnités journalières hospitalisation : 8
- information des changements de garanties : 8
- assurance emprunteur : 9
- portabilité des droits en cas de licenciement : 10 - dont 4 sur la portabilité en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise
- requêtes concernant d'autres domaines des relations extra-contractuelles ou contractuelles : contestation d'un refus d'adhésion, transfert de contrat jugé illégal, demande d'adhésion rétroactive pour couvrir une hospitalisation, demande de modifications de garanties en raison de la situation financière ou demande de remboursement de la différence entre les cotisations acquittées et les prestations versées : 10
- contestations de refus de prestation sur la base d'une exclusion de garanties ou l'application d'un délai de carence : 13
- cures thermales : 14
- remboursement de médecines alternatives : 15
- fausse déclaration : 16
- restitution d'indû de cotisations pour les adhérents : 25
- restitution d'indû de prestations pour les mutuelles : 28
- différence entre l'estimation du remboursement au vu du devis et la prise en charge réelle : 32
- paiement ou montant des cotisations : 48 - dont 14 concernent une hausse des cotisations décidée en assemblée générale
- contrats de prévoyance (maintien de salaire ou primes et invalidité) : 60
- contrats décès / obsèques / retraites /assurance-vie : 62
- frais dentaires : 68
- optique : 74
- prestations diverses (chambres particulières, dépassements d'honoraires, soins effectués à l'étranger, acquisition d'aides techniques pour des personnes en situation de handicap, allocation de naissance, location de téléviseur, séances de sport sur ordonnance ou remboursements de préservatifs...) : 82
- radiation/résiliation du contrat : 176

Synthèses des recommandations des rapports d'activité 2016, 2017 et 2018

Recommandations 2016

- Définir précisément les actes dentaires hors nomenclatures (implants, couronnes ou inlay cores sur implants...).
- Indiquer clairement si un remboursement peut être effectué simultanément pour une paire de lunettes de vision de près et une paire de lunettes de vision de loin sur prescription.
- Prendre en compte lors de l'examen d'un devis la date prévue ou prévisible pour les actes à réaliser et anticiper un changement de garantie prochain afin d'informer l'adhérent sur les conditions réelles de prise en charge des soins envisagés.
- S'attacher à un libellé clair des garanties des contrats responsables et solidaires, notamment concernant le remboursement des dépassements d'honoraires en fonction de l'adhésion des professionnels de santé à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires.
- Respecter le droit mutualiste en matière d'annualité des cotisations et des garanties.
- Donner une définition précise dans les garanties de « l'événement donnant naissance », du « fait générateur » afin de déterminer avec clarté le point de départ du délai de forclusion.
- Prévoir des modalités de notifications des changements de garanties pouvant être prouvées tant en matière de contrats individuels que collectifs.

Recommandations 2017

- Supprimer le lien Noémie (connexion avec l'assurance maladie) lors de la radiation des adhérents afin de ne pas empêcher la connexion de la nouvelle complémentaire.
- Mieux expliquer les modalités de souscription et de renouvellement des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé.
- Définir, dans les garanties des contrats d'invalidité, le barème et les modalités d'évaluation de l'invalidité ouvrant droit à l'indemnisation.
- Préciser si la prise en charge des forfaits journaliers en maison d'accueil spécialisée est exclue d'une garantie.
- Ne pas substituer la forclusion à la prescription dans les garanties – ne pas prévoir de clause de forclusion dans les contrats de prévoyance, cette clause étant inopérante pour de tels contrats.
- Lorsqu'une réclamation fondée sur la loi Chatel est rejetée parce que le contrat n'y est pas soumis, indiquer aux adhérents les raisons de l'inapplicabilité de la loi Chatel.

- Mettre en place une procédure permettant de résilier les contrats pour non-paiement des cotisations dans des délais raisonnables.

Recommandations 2018

Le libellé des garanties

Les actes ou frais pris en charge : définir précisément comment les actes non remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge même en l'absence d'un code de la Classification Commune des Actes Médicaux (sur des bases de remboursement reconstituées le cas échéant). Préciser les modalités de remboursement des dépassements d'honoraires en fonction de l'adhésion des professionnels de santé à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires.

Le fait générateur : donner une définition précise du « fait générateur » donnant naissance à la mise en œuvre de la garantie notamment en matière d'hospitalisation ou de garantie de maintien de salaire.

La détermination du taux d'invalidité : définir clairement, dans le règlement mutualiste, le contrat ou le libellé des garanties, sur quelle base l'invalidité ouvrant droit aux prestations sera évaluée.

L'information aux adhérents

Avant l'adhésion au contrat : être vigilant quant aux interventions des intermédiaires à qui la distribution des contrats est confiée.

Au cours du contrat : être en mesure d'apporter la preuve de la notification réglementaire de changements de garanties ou de cotisations, prévoir des modalités de notifications des changements de garanties et de montant de cotisations pouvant être prouvées tant en matière de contrats individuels que collectifs ;

prendre en compte lors de l'examen d'un devis la date prévue ou prévisible pour les actes à réaliser et anticiper un changement de garantie prochain afin d'informer l'adhérent sur les conditions réelles de prise en charge des soins envisagés ;

informer les adhérents – soit dans le règlement mutualiste, soit lors de demande tardive de prestations du fait d'une interruption de télétransmission – que la télétransmission est une organisation destinée à faciliter les remboursements mais n'est pas un service obligatoire.

La gestion des réclamations

Respecter la Recommandation sur le traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016 modifiée de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Ne pas conseiller aux adhérents de saisir le Médiateur lorsque leur requête est en dehors du champ de la médiation (demande d'explication par exemple).

Faire preuve de pédagogie dans les refus des demandes des adhérents

Règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française

Préambule : La médiation de la consommation de la Mutualité Française est régie par les dispositions générales, légales et règlementaires, figurant au titre Ier du livre VI du code de la consommation relatif à la « Médiation » et par les dispositions particulières ci-après détaillées.

Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française s'applique aux groupements adhérents, à leurs membres participants et ayants droit qui choisissent de recourir au médiateur de la médiation de la consommation de la Mutualité Française.

ARTICLE 1er :

La médiation de la consommation de la Mutualité Française est réalisée, conformément à l'article 58 des statuts de la FNMF, par un médiateur élu pour six ans par le Conseil d'administration.

Le médiateur est inscrit par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) sur la liste des médiateurs notifiée à la Commission Européenne dès lors que celui-ci répond aux conditions de compétence et d'indépendance exigées par les textes.

ARTICLE 2 :

Le Médiateur a pour mission d'examiner les différends opposant un adhérent (consommateur) à sa mutuelle dans les domaines relatifs à l'exécution des contrats de complémentaire santé, de prévoyance et de retraite.

Ne peuvent être examinés par le Médiateur :

- les litiges n'entrant pas dans son champ de compétence et notamment les litiges relatifs aux services de santé fournis par des professionnels de la santé aux patients et faisant l'objet des activités des mutuelles du Livre III ;
- les litiges manifestement infondés ou abusifs (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur ou égal à 30 €).
- les litiges pour lesquels le membre participant a introduit sa demande auprès du médiateur plus d'un an après sa réclamation écrite auprès de sa mutuelle.
- les litiges précédemment examinés (ou en cours d'examen) par un autre médiateur ou par un tribunal.

ARTICLE 3 :

Le Médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle. Ces procédures internes ne peuvent prévoir plus de deux niveaux de réclamation. Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la mutuelle.

ARTICLE 4 :

Le Médiateur peut être saisi soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ;

soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

ARTICLE 5 :

La médiation est gratuite pour l'adhérent (consommateur).

Si les parties souhaitent se faire représenter par un avocat ou se faire assister par un tiers de leur choix ou sollicitent l'avis d'un expert, les frais éventuellement engagés restent à la charge de la partie qui a souhaité être représentée ou qui a mandaté un expert aux fins de recueillir son avis. Si la demande d'expertise est conjointe, les frais seront partagés entre les parties.

ARTICLE 6 :

La procédure de médiation est conduite dans le respect de la confidentialité. Les parties s'engagent à fournir tous les éléments d'information qui pourraient leur être demandés dans le cadre de l'instruction de leur dossier. Les mutuelles devront adresser les pièces à l'appui de leur position ainsi qu'un récapitulatif des faits dans un délai maximum de 15 jours à compter de la notification par le médiateur de sa saisine.

ARTICLE 7 :

Les parties peuvent à tout moment mettre fin à la procédure de médiation.

ARTICLE 8 :

Le Médiateur informe sans délai les parties de la survenance de toute circonstance susceptible d'affecter son indépendance, son impartialité ou de nature à créer un conflit d'intérêts ainsi que de leur droit de s'opposer à la poursuite de sa mission. Si l'une des parties refuse en conséquence de poursuivre la médiation, il est mis fin à cette médiation.

ARTICLE 9 :

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

ARTICLE 10 :

Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé dont les parties à la médiation devront être informées. Il s'agit d'une proposition rendue en droit et/ou en équité.

ARTICLE 11 :

Dans la lettre de notification de la proposition aux parties il sera précisé que cette décision peut être différente de celle qu'aurait rendue un juge ; qu'elle ne prive pas les parties de leurs droits d'ester en justice si elles le souhaitent ; qu'elles sont libres de l'accepter ou de la refuser ; que l'acceptation de cette décision met un terme définitif au litige soumis au médiateur qui ne pourra plus faire l'objet d'un quelconque recours, tant amiable que judiciaire.

ARTICLE 12 :

La proposition du médiateur sera notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception. Les parties devront informer le médiateur de leur acceptation ou de leur refus dans un délai de 15 jours. La procédure de médiation sera clôturée dès l'acceptation de la solution proposée ou de la formalisation de la persistance du désaccord. En cas d'absence de réponse dans le délai fixé, il sera considéré que la proposition du médiateur est acceptée. Si la mutuelle refuse la proposition d'avis, elle devra en donner les raisons.



Liste des mutuelles ayant opté pour la médiation de la
consommation de la Mutualité Française au 31/12/2019

SIREN	RAISON SOCIALE
301 862 769	MUTUELLE SMH
302 927 553	APICIL MUTUELLE
302 976 568	MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES
302 976 592	AVENIR MUTUELLE
302 999 115	LA FRATERNELLE MUTUELLE INTERENTREPRISES
304 514 789	UNMOS
305 007 171	SMEBA
305 275 083	MUTEX COLLECTIVES
308 708 650	MCLR
309 104 099	LA MUTUELLE VERTE
309 244 648	MUTUELLE ENTRENOUS
310 259 221	MUTUELLE D'IVRY (LA FRATERNELLE)
311 799 878	ADREA MUTUELLE
313 389 157	MUTUELLE D'ENTREPRISE DU BON SAUVEUR
314 559 451	MUTUELLE DE MARE GAILLARD
314 685 835	MUTUELLE DES HOPITAUX DE LA VIENNE
314 765 546	MUTUELLE DES CHEMINOTS DE LA REGION DE NANTES
315 519 231	MUTUELLE LA CHOLETAISE
317 442 176	EOVI-MCD MUTUELLE
319 074 779	MUTUELLE CHEMINOTS NORD
320 377 906	MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE SOCIALE
321 073 470	MUTUALITE DE LA REUNION
323 599 696	MUTUELLE DU TELEGRAMME
325 942 969	MUTUELLE DU LOGEMENT
326 313 764	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS (du GERS)
330 929 845	MUTUELLE MFTSV
331 903 757	MUTUELLE ACCIDENTS DE LA CONFEDERATION GENERALE DES ŒUVRES LAIQUES
333 212 561	MUTUELLE DE PONTOISE

333 574 390	MUTUELLE D'ASSURANCE DU PERSONNEL EXTERIEUR SALARIES DU GROUPE AXA
339 198 939	MUTAC
339 358 681	MUTUELLE HUMANIS NATIONALE
339 420 226	CENTRE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNEL
340 359 900	INTEGRANCE
341 689 552	MUTUELLE DE SAINT SIMON
342 211 265	MUTUELLES DE LORRAINE
347 391 948	MUTUELLE DU CHU ET HOPITAUX DU PUY-DE-DOME
351 956 537	MUTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DE L'ANJOU
352 291 561	MUTUELLE MEUSREC
352 502 546	MUTUELLE DU VAL DE SEVRES
352 537 369	AMICALE DU PERSONNEL DE FLEURY MICHON SA
353 171 440	MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE ANTILLES-GUYANE - MIAG
379 655 541	IDENTITES MUTUELLE
379 718 653	MNPAF
382 046 464	MUTUELLE NATIONALE DU PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS MICHELIN
383 143 617	SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
384 253 605	MUTLOG GARANTIES
388 213 423	MUTUELLE GENERALE SOLIDARITE DE LA REUNION
388 887 259	MUTUELLE DES ELUS LOCAUX
390 802 619	MUTUELLE LA SECURITE ASTURIENNE
390 820 058	MUTUELLE D'ENTREPRISES SCHNEIDER ELECTRIC
390 917 953	MBTPSE
390 953 222	SOCIETE MUTUALISTE INTERDEPARTEMENTALE DE BANQUE
391 036 183	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS
391 322 849	MUTUELLE DE LA DEPECHE DU MIDI
391 346 236	MUTUELLE DU PERSONNEL IBAMEO
391 396 397	SOCIETE DE PREVOYANCE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
391 398 351	MUTUELLE NATIONALE DES CONSTRUCTEURS ET ACCEDANTS A LA PROPRIETE
391 399 052	MUTUELLE DES METIERS ELECTRONIQUE ET INFORMATIQUE
391 399 227	GARANCE
391 399 326	MUTUELLE ENTRAIDE PHOTO CINE
391 526 225	MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE
397 742 958	MUTUELLE DE FRANCE DES HOSPITALIERS
407 879 709	MUTUELLE INTER-ENTREPRISES -SMIE

413 423 005	MUTUELLE DE LA FRANCE MARITIME
419 049 499	ENERGIE MUTUELLE
428 990 972	MUTUELLE SANTE INDEPENDANTS
429 211 469	MUTUELLE GENERALE DE LA DISTRIBUTION
429 873 706	BANQUE POPULAIRE MUTUALITE
430 270 116	MUTUELLE DE SAINT JUNIEN ET DES ENVIRONS
431 791 672	LMDE
431 988 021	MUTUELLE EPARGNE RETRAITE
432 162 113	MUTUELLE DES ANCIENS DES CHANTIERS DE LA ROCHELLE-PALLICE
432 683 787	MUTUELLE DE PREVOYANCE ET DE SANTE
433 938 081	MUROS
437 732 191	SOCIETE MUTUALISTE DU SALEVE
437 994 205	MUTUELLE GENERALE INTERPROFESSIONNELLE
438 804 312	MEMF
442 294 856	UNION MUTUALISTE RETRAITE
442 449 278	MUTUELLE VAROISE DES TRAVAILLEURS DE L'ETAT
442 489 084	MG UNION
442 634 564	MUTUELLE DU PERSONNEL DE LA BANQUE POPULAIRE DU SUD
442 671 830	MUTEC 22
442 839 452	MNCAP - AC
442 882 411	MUTUELLE DES RETRAITES AGF ET ALLIANZ
442 907 127	ALMUTRA
442 978 086	PAVILLON PREVOYANCE
443 611 504	MUTUELLE TANIN ET PANNEAUX DE LABRUGIERE
444 269 682	RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE
444 270 532	CAISSE DE SOLIDARITE DE L'ARSENAL DE TARBES
444 270 730	MUTUELLE KEOLIS RENNES
444 424 931	MUTUELLE PREVOYANCE ALSACE
483 041 307	TERRITORIA MUTUELLE
483 747 333	RADIANCE MUTUELLE
484 436 811	MNH PREVOYANCE
490 909 454	MUTARIS CAUTION
499 982 098	MGEFI
503 380 081	MUTUELLE UNEO
508 400 629	MFPRECAUTION
529 168 007	KLESIA MUT'

775 558 778	MUTUELLE ENTRAIN
775 559 651	MUTUELLE D'ENTREPRISE DU PERSONNEL DE LA SOCIETE DES EAUX DE MARSEILLE
775 597 768	AMELLIS MUTUELLE
775 606 361	MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL
775 627 391	MUTUELLE APREVA
775 641 681	MUTEST
775 657 125	SOCIETE MUTUALISTE CHIRURGICALE ET COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
775 657 521	MMJ
775 659 907	MUTUELLE MIEUX-ETRE
775 659 923	UMEN
775 662 869	FMP
775 666 332	MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES
775 671 894	MUTUELLE GENERALE DE LA POLICE
775 671 902	MUTUELLE DE L'INDUSTRIE DU PETROLE
775 671 951	AVENIR SANTE MUTUELLE
775 671 969	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE RATP
775 671 993	MUTUELLE BLEUE
775 678 550	MUTUELLE GENERALE DES CHEMINOTS
775 678 584	MNT
775 682 164	TUTELAIRE
775 685 340	LA MUTUELLE GENERALE
775 685 365	INTERIALE MUTUELLE
775 691 132	LA FRANCE MUTUALISTE
775 722 655	MOBILITE MUTUELLE
776 466 963	BPCE MUTUELLE
776 525 610	MUTAME SAVOIE MONT BLANC
776 949 760	MUTUELLE NATIONALE DES SAPEURS POMPIERS DE FRANCE (MNSPF)
776 950 602	MUTUELLE DU PERSONNEL DES ORGANISMES SOCIAUX ET SIMILAIRES DE LA REGION MIDI PYRENEES
776 950 610	MUTAERO
777 169 079	SUD-OUEST MUTUALITE
777 749 409	MBA MUTUELLE
777 927 120	VIA SANTE
778 213 678	MUTUELLE MOS
778 588 111	MUTUELLE D'ENTREPRISE UGINE GUEUGNON & ALZ

778 847 301	SORUAL
778 868 513	LA PREVOYANCE ARTISANALE, COMMERCIALE ET SALARIALE
778 900 027	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE
779 558 428	MUTUELLE LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX
779 846 849	SO'LYON MUTUELLE
779 926 294	525ÈME MUTUELLE D'ENTREPRISES DE L'AUTOMOBILE ET DU VEHICULE INDUSTRIEL
780 004 099	ACORIS MUTUELLES
780 349 924	AUBEANE MUTUELLE DE FRANCE
780 508 073	CCMO MUTUELLE
780 508 081	MUTUELLE DE L'OISE DES AGENTS TERRITORIAUX (MOAT)
780 915 898	MUTAME & PLUS
781 065 412	MUTUELLE DU GRAND PORT MARITIME DU HAVRE
781 123 245	MUTUELLE BOISSIERE DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS
781 166 210	MUTUELLE 403
781 166 293	MUTUELLE SMATIS FRANCE
781 343 249	MUTUELLE SOLIMUT CENTRE OCEAN
781 847 975	MMC ATLANTIQUE
781 848 239	MUTUELLE DE L'ENTREPRISE CITRAM
782 395 511	LES MUTUELLES DU SOLEIL
782 416 127	MUTUELLE DE FRANCE ALPES DU SUD
782 723 118	MUTUELLE CNM
782 814 727	MUTAME PROVENCE
782 825 343	MUTUELLE DE FRANCE DU LACYDON
782 825 368	MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS
783 005 655	MUTUELLE DE LA CORSE
783 303 209	MUTUELLES DU PAYS HAUT
783 332 448	MUTUELLE GENERALE DES ETUDIANTS DE L'EST
783 376 270	GROUPE DES MUTUELLES INDEPENDANTES
783 737 638	MUTUELLE DU BATIMENT TRAVAUX PUBLICS & REGIONS FRANCE & EUROPE
783 747 793	CHORALIS - MUTUELLE LE LIBRE CHOIX
784 227 894	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE DE LA VILLE DE PARIS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DES ADMINISTRATIONS ANNEXES - MCV PAP
784 301 434	CDC MUTUELLE
784 301 475	MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
784 312 860	MUTUELLE DES ANCIENS DE NATIXIS
784 338 600	SOCIETE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA SNECMA

784 338 618	MCEN
784 360 661	MUTUELLE DU MONDE COMBATTANT
784 394 363	MUTUELLE CPAMIF
784 394 413	MUTUELLE FAMILIALE DES CHEMINOTS DE FRANCE
784 410 771	SOCIETE MUTUALISTE DES AUTEURS COMPOSITEURS ET EDITEURS DE MUSIQUE
784 410 805	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE SOCIETE GENERALE
784 442 899	MUTUELLE NATIONALE DES FONCTIONNAIRES DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
784 442 915	LA MUTUELLE FAMILIALE
784 451 569	MUTUELLE INTERGROUPES POLIET ET CIMENT FRANCAIS
784 492 084	FRANCE MUTUELLE
784 608 754	MUTUELLE MMH
784 647 323	LAMIE MUTUELLE
784 669 954	SOCIETE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
784 718 207	UNION NATIONALE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE (UNMI)
784 718 256	MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE
784 718 355	MUTUELLE DES CHAMBRES DE COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE
784 718 397	MUTUELLE VALEO
785 151 689	LES MENAGES PREVOYANTS
785 280 884	MUTUELLE DES INDUSTRIES AERONAUTIQUES SPATIALES ET CONNEXES
785 721 671	MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE DE LA REGION SUD EST DE PARIS
788 108 546	MUTUELLE UNION DU COMMERCE ET DES SCOP