



# PRÉVENTION DE LA FRAUDE ET DE L'ABUS

**PÉPARÉE PAR : Elizabeth Aguilar**  
**RÉVISÉE PAR : Edith Horta**  
**DATE : JUIN 2019**



**AGA**  
ASSURANCES  
COLLECTIVES

# Table des matières

Qu'est-ce que la fraude.....	3
Méthodes de prévention .....	4
Exemples de fraude et d'abus .....	5
La prévention, une affaire de collaboration.....	6

# Qu'est-ce que la fraude ?

---

Lorsqu'on parle de fraude dans ce document, nous faisons également référence à l'abus.

La grande majorité des demandes de règlement soumises pour des soins de santé et dentaires sont légitimes. Toutefois, un faible pourcentage de ces demandes peut être considéré comme frauduleux.

La fraude consiste à soumettre des reçus comprenant des renseignements erronés et trompeurs, des reçus altérés (date, nom du réclamant, montant) ou fabriqués de toute pièce afin de tromper intentionnellement et volontairement son régime d'assurance-collective pour en tirer un avantage financier. Ce type de fraude peut être commis par l'adhérent, le fournisseur de services (pharmaciens, dentistes, thérapeutes) ou en collusion. La fraude peut être effectuée sous différents aspects et les fraudeurs ne cessent d'améliorer leurs méthodes.

L'abus consiste à soumettre des demandes de remboursement pour des soins non nécessaires, excessifs et/ou inappropriés compte tenu de l'état de santé du réclamant (un nombre de visites excessives, quantités exagérées, frais dépassant largement les frais usuels et raisonnables).

La fraude est un acte illégal pouvant entraîner la prise de mesures punitives vis-à-vis le membre et/ou le fournisseur, tel que la perte de leur emploi, une condamnation au criminel, une peine d'emprisonnement, une demande de remboursement pour les frais remboursés antérieurement ou des amendes.

L'abus n'est pas considéré comme un acte illégal, toutefois ce geste peut occasionner des pertes financières importantes auprès des régimes collectifs ce qui en compromet leur durabilité.

Faire la distinction entre une fraude et un abus n'est pas tâche facile, par conséquent on doit analyser chaque demande qui nous semble suspicieuse de façon très approfondie en allant également chercher toute information supplémentaire s'avérant nécessaire en questionnant soit l'adhérent et/ou le fournisseur de services afin de bien en faire la distinction et choisir l'approche à prendre.

Ce document a pour but de vous informer sur les différentes facettes de la fraude et vous sensibiliser afin que vous puissiez apporter votre support dans notre processus de détection de la fraude.

# Méthodes de prévention

---

En tant que tiers payeur nous avons la responsabilité et le devoir face aux preneurs de contrat de garantir une saine gestion de leur régime.

La saine gestion d'un régime consiste à nous assurer que nous remboursons des frais engagés de façon légitime et qui répondent aux critères d'admissibilité du contrat; l'assuré est admissible au régime, le fournisseur est bien membre en règle d'une association reconnue par l'assureur ou une entité gouvernementale, le champ d'expertise du fournisseur lui permet de prodiguer les soins réclamés, les frais soumis respectent les frais usuels et raisonnables pour le genre de soins ou fournitures, l'état de santé ou condition médicale du réclamant justifie l'achat des fournitures ou des soins reçus.

L'équipe assignée au traitement des réclamations est sensibilisée et formée afin de reconnaître différents signaux d'alarme sur les demandes de remboursement pouvant être des indices avant-coureurs d'une potentielle fraude. Si l'un de ces signaux est identifié lors du traitement d'une demande de remboursement, l'analyste s'assurera de la traiter avec une vigilance très accrue.

Voici quelques exemples de ces indices:

- ✓ Les informations sur la facture sont altérées, le montant réclamé est très élevé pour la catégorie de soin;
- ✓ Le maximum prévu au contrat est atteint avec une seule demande de remboursement;
- ✓ Des réclamations pour une visite au même fournisseur de services pour tous les membres de la famille à la même date;
- ✓ Lorsqu'on communique avec l'adhérent pour des renseignements supplémentaires les réponses de l'adhérent sont vagues;
- ✓ Le fournisseur de service refuse de fournir les renseignements additionnels demandés, l'adhérent refuse de soumettre le document original sous excuse que le document PDF ou photo soumise est identique, etc...

Nous ne prenons pas les tentatives de fraude ou la fraude confirmée à la légère. Tout dossier nous semblant frauduleux est rapidement pris en main par un analyste qui se charge de regrouper le plus rapidement possible tous les renseignements nécessaires afin de prendre action rapidement et limiter rapidement l'incidence sur les régimes.

Puisque nous faisons affaire avec divers assureurs, nous devons les informer de tout cas de fraude détecté afin qu'ils nous donnent leur accord ou nous dictent des directives particulières à suivre. Ces directives peuvent différer d'un assureur à l'autre, pouvant aller d'un simple avis à l'adhérent jusqu'à la demande de remboursement de tous les frais remboursés à ce jour et même jusqu'à la cessation de couverture du certificat dans lequel nous avons découvert la fraude.

# Exemples de fraude et d'abus

## Exemple 1

L'adhérent soumet une demande de remboursement pour des soins de massothérapie.

Le reçu indique trois dates de visite, toutefois deux des dates sont écrites avec une encre différente et le montant total a été altéré, pour ce qui semble être 275\$.

L'analyste communique avec le fournisseur de service, ce dernier confirme que seule une visite a eu lieu et le montant du reçu devrait être 75\$.

## Exemple 2

L'adhérent communique avec notre service à la clientèle, ce dernier a reçu un relevé de règlement via son portail adhérents. Il ne comprend pas la nature des frais chez son dentiste car il n'y est pas allé récemment.

En vérifiant son dossier, on se rend compte que lors de sa dernière visite au dentiste les frais n'ont pas été remboursés car la fréquence était atteinte.

## Exemple 3

L'adhérent soumet une demande de remboursement pour deux orthèses lombaires. Nous questionnons la nécessité de deux orthèses. L'adhérent nous confirme avoir besoin d'une première orthèse pour usage à la maison et d'une deuxième pour son lieu de travail afin d'éviter le transport d'un lieu à l'autre.

## Exemple 4

L'adhérent soumet des frais de naturopathie pour lui et tous les membres de sa famille. Au total, quatre membres d'une même famille, incluant un poupon, ont été vus par le naturopathe aux mêmes dates et à la même fréquence (deux fois par semaine).

## Exemple 5

Le centre de conditionnement physique du quartier offre à l'assuré de lui fournir des reçus de nutritionniste pour les frais encourus sur son abonnement annuel.

# La prévention, une affaire de collaboration

---

Afin d'optimiser la saine gestion d'un régime, toutes les parties impliquées sont appelées à participer.

Les preneurs et les adhérents doivent comprendre que le but de nos enquêtes n'est pas de leur créer des désagréments, il s'agit plutôt d'une stratégie à adopter pour faire une meilleure gestion des garanties afin de réduire l'impact sur le coût des régimes.

Pendant que nous appliquons nos procédures de prévention de la fraude, nous demandons votre support en tant que preneur en sensibilisant vos employés sur les conséquences financières liées directement à leurs demandes de remboursement, légitimes ou non.

Voici des exemples de sensibilisation pouvant être faites auprès des adhérents ;

- ✓ Leur mentionner que la fraude augmente les coûts reliés à leur prime d'assurance;
- ✓ Les informer que tous les assureurs appliquent des procédures de contrôle de la fraude;
- ✓ Leur rappeler que les conséquences potentielles d'une fraude peuvent aller jusqu'à la perte d'emploi et que des accusations au criminel peuvent être faites;
- ✓ Leur rappeler qu'il faut bien choisir les fournisseurs de soins en validant qu'ils soient membres d'une association crédible;
- ✓ Ne pas hésiter à magasiner les fournisseurs de soins de santé;
- ✓ De confirmer la nécessité de recevoir des soins ou services avant qu'ils soient prodigués.

Nous sollicitons également votre aide pour encourager les initiatives de dissuasion en invitant vos employés à rapporter tout cas de fraude lorsqu'ils en sont témoin.

Voici les liens à utiliser pour rapporter tout cas de fraude de façon anonyme et confidentielle :

Adresse courriel : [investigation@aga.ca](mailto:investigation@aga.ca)

Téléphone : 514-935-5444 ou sans frais 1-800-363-6217 poste 2198