



TABLE DES MATIÈRES

QU'EST-CE QUE LA FRAUDE ? 2

MÉTHODES DE PRÉVENTION 3

EXEMPLES 4

 Exemple 1 4

 Exemple 2 4

 Exemple 3 4

 Exemple 4 4

 Exemple 5 4

 Exemple 6 4

ATTENTION 5

LA PRÉVENTION : UNE AFFAIRE DE COLLABORATION..... 5

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 toutes pièces afin de tromper intentionnellement et volontairement le régime d'assurances collectives 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 pas d'améliorer leurs méthodes.

L'abus consiste à soumettre des demandes de remboursement pour des soins non nécessaires, excessifs 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 l'adhérent ou le fournisseur, p. ex., la perte de son 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. Cependant, 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 une tâche facile. Par conséquent, on doit analyser chaque demande qui nous semble suspecte de façon très approfondie en allant également chercher toute information supplémentaire s'avérant nécessaire, et en questionnant soit l'adhérent, soit 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, AGA a la responsabilité et le devoir de garantir à nos preneurs de contrat 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 membre en règle d'une association reconnue par l'assureur ou d'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.
- L'état de santé ou condition médicale du réclamant justifie l'achat des fournitures ou les soins réclamés.

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. Les indicateurs à surveiller sont d'ailleurs partagés avec l'équipe dans cet [aide-mémoire](#).

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 d'intervenir 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.

Notre fournisseur de service, Telus Santé, offre son propre service d'audits. En plus de faire l'accréditation des fournisseurs de soins de santé et des dentistes selon certains critères établis, Telus effectue des audits de prépaiement et de postpaiement selon certains mécanismes établis. Ces audits mènent parfois à des refus ou encore des demandes de remboursement dans certains cas.

Pour plus de détails, veuillez vous référer aux documents suivants :

- [Présentation du registre des fournisseurs](#)
- [Présentation du programme d'audits](#)
- [Services d'audits](#)

EXEMPLES

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 qui confirme qu'une seule visite a eu lieu pour un montant total de 75 \$.

Exemple 2

L'adhérent communique avec notre Équipe Relations Clients, car il a reçu un relevé de règlement via son Portail adhérent. Le relevé indique des frais dentaires, mais il soutient qu'il n'est pas allé chez son dentiste pour les dates mentionnées. En vérifiant son dossier, on se rend compte que, lors de sa dernière visite chez le dentiste, les frais n'avaient pas été remboursés parce que la fréquence avait été dépassée.

Exemple 3

L'adhérent soumet une demande de remboursement pour deux orthèses lombaires. Nous contestons la nécessité des 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 d'avoir à la transporter 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.

Exemple 6

Un naturopathe remet des reçus de naturopathie à son patient, alors que les services prodigués sont des services d'entraînement physique non médicalement nécessaire.

ATTENTION

La fraude ne doit pas être prise à la légère. Nous devons prendre le temps nécessaire à évaluer adéquatement chaque demande de remboursement suspecte.

Nous devons être en mesure d'obtenir et recueillir toute l'information relative à la demande de remboursement visée. Elle doit clairement démontrer qu'il y a bel et bien fraude avant d'accuser un adhérent, un fournisseur ou même les deux. Ces preuves doivent être tangibles.

En général, nous nous limitons à répondre que les documents fournis ne nous permettent pas de justifier la nécessité du soin réclamé, de la fourniture réclamée, de la fréquence des soins et ainsi de suite.

Nous devons éviter le ton accusateur dans nos communications, mais revenir au respect des normes et des clauses mentionnées dans le contrat, dont :

- Soins ou fournitures nécessaires au point de vue médical ;
- Soins ou fournitures nécessaires à traiter une affection, maladie ou blessure.

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 le support des preneurs de contrat en sensibilisant leurs employés sur les conséquences financières liées directement à leurs demandes de remboursement, légitimes ou non.

Voici des exemples de sensibilisation pouvant être faits auprès des adhérents :

- Leur mentionner que la fraude augmente les coûts reliés à leur prime d'assurance et 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, que des accusations au criminel peuvent être portées, qu'il faut bien choisir les fournisseurs de soins en vérifiant qu'ils soient membres d'une association reconnue, qu'il ne faut pas hésiter à magasiner les fournisseurs de soins de santé, et à confirmer la nécessité de recevoir des soins ou services avant qu'ils soient prodigués.

Nous sollicitons également leur aide pour encourager les initiatives de dissuasion en les invitant à rapporter tout cas de fraude lorsqu'ils en sont témoins ou les soupçonnent.

Pour rapporter tout cas de fraude de façon anonyme et confidentielle : investigation@aga.ca.