

La fraude, ça compte vraiment

Par Kimberley Keeler et Susan Brown

Réimprimé avec la permission du

Benefits and Pensions
monitor
The Canadian Magazine Of Employee Pension Fund Investment And Benefits Plan Management

Numéro de septembre 2014

La fraude, ça compte vraiment

Par Kimberley Keeler et Susan Brown

La fraude est une duperie faite délibérément afin d'obtenir un gain déloyal ou illégal. Dans son interprétation juridique, la fraude est un délit à la fois civil et criminel. Soutirer de l'argent des gens ou des entreprises est habituellement le but de la fraude.

La fraude, ça compte vraiment. Chaque année, les entreprises canadiennes perdent des milliards de dollars en raison de la fraude et de l'abus des régimes de soins de santé. En plus d'entraîner une hausse des primes d'assurance et une diminution des prestations, la fraude et l'abus peuvent finir par avoir un impact sur la santé des participants au régime et des personnes à leur charge. La majorité des fournisseurs de services médicaux et dentaires sont honnêtes et travaillent fort en vue d'améliorer la santé de leurs patients. Cependant, quelques-uns d'entre eux ne cherchent qu'à obtenir des gains financiers et toute occasion d'accroître leur revenu.

Fraude lors de la facturation

La fraude « d'utilisateur » est surtout associée à :

- la falsification des reçus auxquels il est parfois possible d'accéder au bureau d'un professionnel de la santé ou qui peuvent être créés électroniquement. Avec la technologie actuelle, il est relativement facile de produire un « document frauduleux »;
- la modification du montant des reçus;
- la soumission en double des demandes de règlement, qui sont souvent traitées à nouveau par le système;
- le fait de permettre à des personnes inadmissibles (famille ou amis) d'utiliser sa carte-médicaments du fait que l'utilisateur n'est pas contrôlé en pharmacie.

Les promoteurs doivent protéger leurs régimes d'avantages sociaux contre les « fournisseurs » qui :

- procurent et facturent des services qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical;
- reçoivent des ristournes du fabricant;
- facturent constamment de manière inappropriée les services fournis aux patients;
- soumettent des codes pour des services plus onéreux que ceux qui sont effectivement dispensés.

Tendances suspectes

Les assureurs encourent des coûts pour la formation professionnelle de leur personnel, la mise à jour de leur système pour identifier les tendances suspectes et souscrire à des associations qui les aident à demeurer au fait de la chasse à la fraude. Des frais supplémentaires sont souvent engagés afin de maintenir le temps de traitement des demandes de règlement tout en les évaluant pour y détecter toute activité frauduleuse potentielle. La durée du traitement est également accrue par la nécessité de vérifier les listes de surveillance de fournisseur, d'analyser les demandes de règlement pour y déceler toute modification potentielle des reçus et d'identifier tout changement d'habitude de la part du réclamant ou toute augmentation de certaines demandes de règlement ou des demandes provenant d'une clinique ou d'un fournisseur particuliers. Cela exige davantage de temps et d'enquêtes de la part de l'examineur des demandes de règlement. Toutes ces étapes doivent être prises en compte dans le coût commercial.

Les employeurs et les fournisseurs d'avantages sociaux doivent jouer le rôle d'éducateurs envers les employés pour ce qui est de leurs avantages.

La conception du régime peut aider un employeur et ses employés à mieux gérer leurs avantages. L'employé exerce davantage de contrôle sur le genre de traitement auquel il a accès et les fournisseurs auxquels il peut avoir recours. En utilisant certaines des mesures suivantes, ils réalisent souvent des économies pour le régime et en augmentent la viabilité :

- Des maximums combinés, notamment pour des fournisseurs de services paramédicaux;
- L'établissement de limites par personne ou par famille;
- La mise en œuvre de comptes gestion-santé.

Cela confère à l'employé la responsabilité de déterminer la manière dont il compte dépenser ses avantages et il sera avisé du solde après le paiement de chaque demande de règlement, ce qui permet une plus grande souplesse quant à la manière dont l'employé souhaite utiliser le montant de ses avantages sociaux.

De faux adressages

Dans la conjoncture actuelle, la plupart des gens font confiance à leur médecin pour bien les conseiller et la plupart le font. Certains pratiquent toutefois de la collusion avec d'autres fournisseurs d'équipement médical, de services ou d'appareils et prescrivent de l'équipement ou des fournitures non nécessaires.

Dans bien des cas, les employés oublient l'impact qu'ont ces coûts sur le résultat net de leur employeur. Il est essentiel que les clients expliquent clairement à leurs employés la façon dont l'augmentation du coût des avantages sociaux peut avoir un impact sur les coûts de l'entreprise et, par conséquent, sur sa rentabilité. Cela peut à son tour entraîner la réduction des avantages et l'augmentation des retenues salariales. L'employé doit se sentir responsable de son ensemble d'avantages sociaux et des coûts engagés.

Formulaires de demande de règlement signés en blanc

Vos employés participants ne devraient jamais signer d'avance des formulaires de règlement qu'un fournisseur conservera pour des rendez-vous ultérieurs. Lorsqu'on signe une demande de règlement, elle doit être entièrement remplie et comporter la date des services, une description des services dispensés et le coût de chacun d'entre eux. L'assuré devrait se sentir à l'aise pour demander des clarifications sur tout renseignement qu'elle contient. Après le rendez-vous, si quelque chose demeure toujours nébuleux ou si l'employé a des questions auxquelles le fournisseur de services médicaux ou dentaires ne peut répondre, votre assureur pourrait vous renseigner à cet égard. Vos employés participants devraient examiner de temps à autre l'historique de leurs règlements de soins de santé. La majorité des assureurs offrent un service en ligne où les participants peuvent visionner leurs règlements personnels ou ceux des personnes à leur charge et contrôler les dépôts directs et les paiements aux fournisseurs de services. Nous rappelons aux participants de préserver la confidentialité de leurs renseignements personnels et de ne jamais partager leur numéro de carte d'assurance-médicaments, d'identité ou de certificat.

Récompenses gratuites ou de valeur

Obtenir quelque chose gratuitement est un grand facteur de motivation quant à l'endroit où vous faites vos achats. Une paire de chaussures gratuite chez votre orthésiste ou quelques séances de massothérapie gratuites pourraient être attrayantes pour plusieurs personnes.

Vos participants devraient être au courant de ces manœuvres frauduleuses dans le but de s'enrichir rapidement et de ces offres appréciables ou de ces récompenses gratuites. S'il y a de la pression pour décider immédiatement de faire un gros achat, c'est sans doute trop beau pour être vrai. Le service fourni doit être nécessaire sur le plan médical et non acheté seulement pour l'article gratuit ou la récompense qui y est associée. Étant donné que le réclamant est quelque peu éloigné de l'employeur ou du promoteur du régime quant à ces transactions, il n'assume aucune responsabilité pour tout acte répréhensible.

En clair, lorsqu'on abuse d'un régime, les coûts finaux de l'employeur augmentent et entraînent ainsi une hausse des primes mensuelles et des retenues salariales ou une réduction de la couverture effective d'avantages sociaux. Il est dans le meilleur intérêt de l'employeur d'expliquer clairement cela à ses employés.

Services non assurés

Sachez que les traitements de beauté, les chaussures de sport et les lunettes de soleil vendues sans ordonnance ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie et que porter ces produits ou services sur les reçus d'autres services couverts par votre régime constitue une activité frauduleuse. Le secteur de la beauté est très concurrentiel. Certains fournisseurs de services offrent de trafiquer des reçus afin de couvrir des traitements dispendieux qui ne seraient pas autrement assurables. Dans ces cas-là, il est pratiquement impossible pour les assureurs de déceler les activités frauduleuses. À tous égards, les reçus semblent légitimes. Dans ces cas-là, les assureurs se fient aux conseils

reçus de la part d'associations telles la Canadian Health Care Anti-fraud Association ou le Bureau d'assurance du Canada. À titre de consommateur, vous devez vérifier ce qui est facturé au fournisseur d'assurance et vous assurer que vous avez bien reçu et payé le service ou le traitement couvert facturé.

Une partie de la solution consiste à responsabiliser l'employé et lui faire mieux comprendre son régime. Bien informer les employés sur leur couverture et les répercussions du mauvais usage des règlements peut mener à leur responsabilisation, par opposition au sentiment que les avantages sociaux et la façon dont ils sont utilisés leur sont dus. Les pénalités associées à une demande de règlement frauduleuse devraient être clairement définies et mises en œuvre par le promoteur du régime et l'employeur. Ne négligez pas les pistes données par les employés et les participants, et n'hésitez pas à punir de manière exemplaire un employé dont les demandes de règlement frauduleuses ont été détectées et confirmées.

Coupages ou réductions

C'est un défi que de motiver ses employés dans cette conjoncture économique difficile. Il s'avère cependant que la majorité des employés préféreraient payer des primes plus élevées pour maintenir leurs avantages sociaux au lieu de subir des coupures ou des réductions. Faites participer vos employés à la gestion du coût de leur régime de soins de santé; vous pourriez par exemple instaurer un compte gestion-santé. Cela procure à l'employé un montant précis qu'il peut utiliser pour ses dépenses médicales telles qu'elles sont autorisées en vertu de l'ARC pour les dépenses médicales. Il peut s'agir d'un régime complémentaire au régime d'avantages sociaux à prestations déterminées actuel ou d'un compte gestion-santé autonome d'un montant donné.

Votre assureur devrait pouvoir vous fournir du matériel éducatif à partager avec vos employés. Vous pourriez également créer un comité d'employés chargé d'examiner la conception et les coûts associés à leur régime. Un tel comité permet de sensibiliser les employés et d'obtenir leur adhésion quant à l'importance de maintenir un régime d'avantages sociaux viable.

BPM

Kimberley Keeler est directrice des règlements d'assurance maladie et dentaire chez Manion Wilkins & Associates Ltd.

Susan Brown est vice-présidente des règlements et services aux participants chez Manion Wilkins & Associates Ltd.
