

Circulaire CNAMTS du 2 janvier 2012 relative aux définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'Assurance Maladie

02/01/2012

Cette circulaire a pour objet de préciser les éléments caractérisant la fraude, les activités fautives et abusives. La fraude concerne "les faits illicites au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie" ou de l'Etat. La CNAMTS établit une liste de 17 cas dans lesquels la fraude est caractérisée, notamment l'usage de faux, la falsification de documents, les fausses déclarations, l'exercice d'activités non autorisées, surfacturations d'actes ou de prestations, etc. Les pratiques relevant de l'abus sont définies comme "celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques".

Circulaire CNAMTS du 2 janvier 2012 en version PDF