



## MESSAGE IMPORTANT AUX FOURNISSEURS D'AVANTAGES MÉDICAUX POUR LE COMPTE D'ANCIENS COMBATTANTS CANADA

### Dispositions relatives aux avantages et exigences en matière de paiement pour les avantages médicaux

Les dispositions relatives aux avantages et les exigences en matière de paiement entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2014 et viennent remplacer toutes les dispositions et les exigences antérieures.

Les présentes exigences s'appliquent aux fournisseurs qui offrent des avantages médicaux conformément au *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* en contrepartie d'un paiement aux termes du Programme d'avantages de soins de santé – Avantages médicaux, administré par Croix Bleue Medavie en vertu du contrat conclu avec Anciens Combattants Canada (ACC).

1. Aux fins du présent document, les définitions qui suivent ont cours :

« *Avantage* », au titre d'avantages médicaux, désigne tout produit ou service offert dans le cadre d'un Programme de choix 1 à 14, et qui, pour être admissible comme avantage d'ACC, peut nécessiter une ordonnance, qu'elle soit exigée ou non par la loi (se reporter aux tableaux des avantages).

« *Client* » désigne toute personne admissible à des avantages médicaux en vertu du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*.

« *Croix Bleue* » désigne Croix Bleue Medavie et ses agents partout au pays.

« *Programme de choix* » (PDC) désigne les avantages médicaux offerts à un client au sein d'un groupe particulier, indiqué dans le Manuel des politiques – Programmes pour anciens combattants, auxquels sont admissibles les clients sous réserve du respect des conditions relatives au prescripteur et à la personne qui fait la recommandation, de celles concernant l'autorisation préalable, ainsi que des dispositions relatives aux limites de fréquence et au coût admissible maximum, qui sont précisées dans le tableau des avantages.

Les 14 PDC sont les suivants :

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1. Aides à la vie quotidienne                                   | 8. Soins infirmiers             |
| 2. Services d'ambulance et de déplacements à des fins médicales | 9. Inhalothérapie (respiration) |
| 3. Services audiologiques (ouïe)                                | 10. Médicaments sur ordonnance  |
| 4. Services dentaires   | 11. Prothèses et orthèses       |
| 5. Services hospitaliers  | 12. Services paramédicaux       |
| 6. Services médicaux  | 13. Équipement spécial          |
| 7. Fournitures médicales  | 14. Soins de la vue (yeux)      |

« *Ordonnance* » désigne, lorsqu'il s'agit d'autoriser des avantages en vertu du programme d'inhalothérapie (PDC 9) ou du programme de médicaments sur ordonnance (PDC 10), une prescription écrite ou verbale qui indique les avantages médicaux recommandés en fonction des besoins du client en matière de santé. Si l'ordonnance est écrite, elle doit être datée et signée par le médecin prescripteur autorisé par la province à cette fin. Si l'ordonnance est verbale, consulter la section 13 du présent document.

En ce qui concerne les avantages qui ne requièrent pas d'ordonnance en vertu de la loi, mais pour lesquels ACC en exige une, une ordonnance est un document écrit qui prescrit les avantages médicaux recommandés en fonction des besoins du client en matière de santé. L'ordonnance doit être datée et signée par le professionnel de la santé qui recommande l'avantage.

« *Frais d'exécution d'ordonnance* » désigne les frais versés à un fournisseur autorisé lorsqu'une ordonnance est exigée par la loi ou en vertu du tableau des avantages d'ACC ou d'un critère relatif aux médicaments. Non seulement l'ordonnance doit elle être exigée, mais elle doit aussi être présentée par le client ou son représentant au fournisseur et être conservée par ce dernier. Aucuns frais d'ordonnance ne seront payés si une ordonnance n'est pas nécessaire.

« Fournisseur » désigne un professionnel de la santé ou une autre personne qui offre des avantages médicaux aux clients et qui soumet des demandes de paiement à Croix Bleue en vertu du programme d'avantages médicaux.

« Date du service » désigne la date à laquelle les traitements sont fournis au client, reçus et acceptés par celui-ci.

« Carte d'identité de santé d'ACC » désigne la carte remise par Croix Bleue au nom d'ACC qui identifie le client et les Programmes de choix auxquels il est admissible.

« *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* » désigne le *Règlement*, modifié à l'occasion et adopté en vertu du chapitre VI de la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants* (S.R.C. 1985).

« Recouvrement » désigne la perception d'une somme par l'assureur tiers payeur d'ACC (Croix Bleue Medavie) au nom d'ACC auprès d'un fournisseur par suite du non-respect des exigences en matière de paiement énoncées dans le présent document et des tableaux des avantages pertinents. Le respect de ces exigences est déterminé par le processus de vérification rétrospectif, comme précisé en vertu de la section intitulée « Vérification des demandes ».

« Formation » désigne les avantages médicaux dont l'utilisation nécessite une formation. La formation doit être donnée par le fournisseur et faire partie des conditions du contrat d'achat, de location ou de location en vue d'acheter.

### **Fournisseurs d'avantages médicaux**

2. ACC reconnaît le pouvoir et la responsabilité des organismes provinciaux d'attribution des permis, conformément à la législation provinciale, de déterminer l'admissibilité d'un fournisseur à l'exercice de sa profession dans la province.
3. Un fournisseur doit remplir les critères d'adhésion et d'obtention des permis ou des certificats en vertu de la législation provinciale, afin de pouvoir fournir des avantages médicaux. En l'absence de tels critères, le fournisseur doit respecter les critères établis dans les politiques d'ACC, y compris ceux du tableau des avantages.

### **Demandes de remboursement**

4. Le fournisseur qui présente une demande de remboursement pour le paiement d'un avantage pour soins de santé pour un avantage médical qu'il a fourni à un client doit :
  - a. envoyer sa demande de remboursement après la date de prestation du service;
  - b. envoyer sa demande à Croix Bleue, au moyen du formulaire papier ou électronique exigé par le PDC pour l'avantage médical concerné;
  - c. réclamer à ACC un paiement égal ou inférieur au tarif payable au fournisseur par une personne qui n'est pas un ancien combattant et qui se procure l'avantage en argent comptant;
  - d. être payé par ACC à un tarif égal ou inférieur à celui établi pour l'avantage médical en vertu du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* et de toute directive, politique, tableau d'avantages et barème d'honoraires afférents. Le paiement par ACC au tarif établi sera considéré comme le paiement complet et total de la demande de remboursement par ACC selon les conditions suivantes :
    - i. Lorsqu'un avantage médical est aussi un service entièrement assuré par la province où l'avantage est offert, le tarif payé par ACC est celui établi par la province pour ce service et ces coûts;  
  
(Remarque : ACC paie la somme décrite au point 4 (d) pour les clients qui reçoivent des avantages en raison d'un état donnant droit à une pension. **Tous les autres clients d'ACC doivent tout d'abord se tourner vers leur réseau de santé provincial pour obtenir ces avantages.**)
    - ii. Lorsque les avantages médicaux ne constituent pas un service entièrement assuré par la province dans laquelle ils sont offerts, mais qu'une association de professionnels de la santé a adopté une grille tarifaire des avantages médicaux et des coûts, le ministre peut approuver un tarif fondé sur cette grille.

- iii. Dans tous les autres cas, le tarif est celui habituellement payé pour les avantages et les coûts habituels au sein de la collectivité où les avantages médicaux sont offerts.

(Remarque : les tarifs établis en vertu du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* ne s'appliquent qu'aux avantages médicaux offerts aux clients d'ACC. Les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada sont soumis à leurs propres lois et règlements.)

- e. garantir, autant qu'il sache, la véracité et l'exactitude de la demande de remboursement;
  - f. attester que la demande de remboursement ne porte pas sur des montants liés à des avantages médicaux offerts à un client et pour lesquels le fournisseur a été ou sera remboursé par un tiers, comme un réseau de santé provincial, une compagnie d'assurance privée, etc.;
  - g. confirmer qu'il a respecté les critères relatifs aux ordonnances énoncés dans le document sur les exigences;
  - h. ne pas facturer de frais dépassant le coût admissible maximum autorisé par ACC;
  - i. ne pas demander aux clients de signer les formulaires de demande de remboursement avant la prestation des avantages;
  - j. accepter toutes les conditions établies dans le présent document lorsqu'il envoie une demande de remboursement.
5. À l'exception des formulaires de demande de remboursement électroniques, les formulaires de demande de remboursement soumis par un fournisseur doivent être signés par le client ou son représentant. Si le représentant du client signe le formulaire au nom du client, il doit expliquer pourquoi le client n'était pas en mesure d'y apposer lui-même sa signature. La présente section ne s'applique pas aux personnes qui ont une procuration du client.

Remarque : Le fournisseur du service ne peut pas signer au nom du client.

- 6. Les formulaires de demande de remboursement doivent être signés par le fournisseur. Les demandes de remboursement envoyées par voie électronique seront exemptées de ce processus.
- 7. Un fournisseur ne doit pas envoyer un formulaire de demande de remboursement pour un avantage médical si le client a annulé sa demande ou s'il refuse de recevoir l'avantage médical.
- 8. En vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, ACC n'est pas autorisé à rembourser le coût d'un rendez-vous manqué.
- 9. Dans le cas des avantages qui doivent faire l'objet d'une autorisation préalable, les demandes de remboursement qui n'ont pas été autorisées ou qui excèdent le nombre d'occurrences autorisées ne sont pas admissibles au remboursement.

#### **Exigences relatives aux ordonnances (renseignements généraux)**

- 10. Les conditions suivantes s'appliquent lorsque le tableau des avantages des PDC exige que le client ait une ordonnance pour établir son admissibilité à un avantage médical :
  - a. Le fournisseur doit obtenir une ordonnance et l'avoir en main avant de fournir l'avantage médical au client. La demande de remboursement ne sera pas admissible si l'ordonnance est obtenue après la date de prestation du service. Le fournisseur peut recouvrer les sommes précédemment payées relatives à cette demande.
  - b. Sauf indication contraire dans le tableau des avantages pertinent, une ordonnance est nécessaire pour l'achat initial des avantages ainsi que pour les achats subséquents. Une ordonnance peut autoriser des renouvellements conformément au tableau des avantages et le fournisseur peut dispenser un avantage médical jusqu'à concurrence du nombre de renouvellements indiqué sur l'ordonnance. Un renouvellement non indiqué sur l'ordonnance ne sera pas remboursé et tout montant payé précédemment à l'égard d'une telle demande est recouvrable auprès du fournisseur.

- c. Une ordonnance sans date sera jugée non valide. Une demande de remboursement relative à un avantage médical envoyée par un fournisseur en vertu d'une ordonnance sans date ne sera pas admissible au remboursement et tout montant payé précédemment à l'égard d'une telle demande est recouvrable auprès du fournisseur.
- d. Une ordonnance, y compris tous les renouvellements indiqués, sera valide pour une période d'un an à partir de la date de rédaction et une demande de remboursement relative à un avantage médical en vertu d'une ordonnance non valide ou périmée ne sera pas admissible au remboursement. Tout montant payé précédemment à l'égard d'une telle demande est recouvrable auprès du fournisseur.
11. Les avantages médicaux du PDC 10 (Médicaments sur ordonnance) doivent être prescrits par un médecin, un dentiste ou un optométriste autorisé ou une autre personne autorisée, par la province, à prescrire des médicaments dans la province ou le territoire en question.
12. Les avantages médicaux liés aux PDC doivent être prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé conformément aux tableaux des avantages. Voici le lien vers les tableaux des avantages d'ACC :

**<http://www.veterans.gc.ca/fra/services/treatment-benefits/poc>**

Il existe 14 PDC comportant un tableau d'avantages. Les voici :

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1. Aides à la vie quotidienne                                   | 8. Soins infirmiers             |
| 2. Services d'ambulance et de déplacements à des fins médicales | 9. Inhalothérapie (respiration) |
| 3. Services audiologiques (ouïe)                                | 10. Médicaments sur ordonnance  |
| 4. Services dentaires   | 11. Prothèses et orthèses       |
| 5. Services hospitaliers  | 12. Services paramédicaux       |
| 6. Services médicaux  | 13. Équipement spécial          |
| 7. Fournitures médicales  | 14. Soins de la vue (yeux)      |
13. Dans les cas où l'ordonnance pour un avantage dans le cadre du programme de médicaments sur ordonnance (PDC 10) est communiquée verbalement (c.-à-d. que le prescripteur autorisé a appelé une pharmacie pour lui transmettre l'information), le fournisseur peut fournir l'avantage au client, sous réserve des lois fédérales et provinciales ou territoriales en vigueur là où l'ordonnance verbale est transmise. En outre, le fournisseur doit satisfaire aux exigences d'ACC au moment où le prescripteur communique verbalement les détails de l'ordonnance au fournisseur de l'avantage médical.

La personne à laquelle l'ordonnance est communiquée par le prescripteur doit prendre en note les renseignements suivants :

- le nom et l'adresse du client;
- la date à laquelle l'ordonnance a été communiquée verbalement;
- le nom du prescripteur;
- le nom du médicament prescrit;
- la quantité de médicament prescrit;
- la concentration du médicament prescrit;
- les indications d'utilisation;
- le nombre de renouvellements autorisés;
- une confirmation écrite précisant que l'ordonnance est une prescription verbale;
- les initiales manuscrites ou la signature du pharmacien qui a reçu l'ordonnance;
- les initiales manuscrites du pharmacien qui a remis le médicament.

Si l'ordonnance verbale est un simple renouvellement, il est possible d'utiliser une étiquette produite électroniquement ou une copie papier de l'ordonnance précédente pour indiquer qu'il n'y a aucun changement par rapport à l'ordonnance précédente. Le cas échéant, il faut fournir les renseignements suivants :

- la date écrite;
- une confirmation précisant que l'ordonnance est une prescription verbale;
- les initiales manuscrites ou la signature du pharmacien sur l'ordonnance.

Les étiquettes produites électroniquement et les copies papier qui ne comprennent pas les renseignements susmentionnés ne seront pas acceptées.

La période de validité d'une ordonnance verbale est d'un an tout au plus, à partir de la date à laquelle elle a été transcrite. Le fournisseur doit conserver l'ordonnance dans ses dossiers pendant au moins un an.

### **Médicament générique de remplacement**

14. ACC ne rembourse que la forme générique du produit. Si le médecin prescripteur souhaite prescrire le produit de marque, le patient doit d'abord essayer la formulation générique pendant au moins trois mois. Si, à la fin de la période d'essai, le produit de marque est encore considéré comme le traitement le plus approprié, le médecin prescripteur doit écrire de sa propre main « Aucune substitution ».

### **Ordonnances fréquentes**

15. Dans le cas de certains médicaments « à risque élevé » pour lesquels la sécurité ou l'observance soulève des préoccupations, un approvisionnement de moins de 28 jours sera autorisé. La demande d'approvisionnement réduit peut provenir du pharmacien ou du prescripteur. Les catégories de médicaments pour lesquels un approvisionnement de moins de 28 jours sera autorisé sont les suivants :

- les antidépresseurs;
- les antipsychotiques;
- les opioïdes;
- les benzodiazépines;
- certains médicaments très coûteux contre le cancer.

Lors de la vérification du fournisseur, une attention particulière sera accordée à ces catégories de médicaments afin garantir la pertinence de l'approvisionnement à court terme dans tous les cas. ACC dirigera la vérification et recouvrera les fonds, le cas échéant, lorsque la réduction de l'approvisionnement n'est pas appropriée.

### **Paiement des demandes de remboursement**

16. Croix Bleue traitera les demandes de remboursement conformément aux *conditions précisées dans l'entente* avec le fournisseur et paiera le fournisseur selon les taux adéquats, à l'exception des demandes suivantes :
- a. une demande qui ne respecte pas les conditions définies dans les sections 1 à 13 du présent document ne sera pas traitée;
  - b. une demande de remboursement reçue dix-huit mois (ou douze mois si les prestations sont versées dans le cadre du Programme de réadaptation) après la date à laquelle le service a été rendu n'est pas admissible à un remboursement;
  - c. toute demande qui ne respecte pas les exigences établies n'est pas admissible à un remboursement.

### **Vérification des demandes**

17. Croix Bleue peut procéder à une vérification afin de déterminer si la demande est conforme aux exigences énoncées dans le présent document. Si Croix Bleue détermine que les exigences n'ont pas été respectées, la demande sera jugée inadmissible au remboursement ou, si un paiement a déjà été versé au fournisseur, ce paiement constituera une dette, recouvrable par Croix Bleue.
18. Si, après une vérification, Croix Bleue constate qu'une ordonnance est manquante ou n'est pas valide, le fournisseur ne peut soumettre d'ordonnance réémise par le prescripteur ou encore des doubles des ordonnances après la date de prestation du service pour soutenir sa demande de remboursement.

19. Si, après une vérification, Croix Bleue détermine que des dossiers sont manquants ou ne sont pas valides, le fournisseur ne peut soumettre de dossier qui a été produit de nouveau ou établi en double (notamment des feuilles de présence, des factures, des notes au dossier ou des plans de traitement) après la date de la vérification pour justifier ses demandes de remboursement.
20. Croix Bleue a le droit de procéder à la vérification de toutes les demandes de remboursement soumises par un fournisseur, peu importe si les demandes ont déjà été traitées ou si elles sont en attente de paiement, y compris les demandes de remboursement pour lesquelles une autorisation préalable a été obtenue auprès de l'Administration centrale d'ACC, ou un bureau de secteur D'ACC ou d'un centre d'autorisation de traitement.
21. Croix Bleue a le droit de consulter et de photocopier tous les dossiers et les renseignements concernant la demande de remboursement du fournisseur, y compris, sans toutefois s'y limiter, les factures et les relevés de compte des fabricants (lorsqu'ils font partie des critères de facturation), les formulaires de demande de remboursement et les ordonnances.
22. Après une vérification, Croix Bleue informera par écrit le fournisseur de la décision prise à la suite de la vérification et du montant qui est admissible à un remboursement ou qui fera l'objet d'un recouvrement, le cas échéant.

#### **Procédure de recours offerte aux fournisseurs**

23. Le fournisseur peut demander à Croix Bleue de revoir sa décision dans les quinze jours ouvrables suivant la date à laquelle il reçoit les résultats de la vérification. Le fournisseur doit envoyer sa demande par écrit à l'adresse suivante :

Unité d'enquête nationale  
Croix Bleue Medavie  
C.P. 220  
Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3

24. Aux fins de la révision, le fournisseur peut, dans les soixante jours suivant la réception de l'avis écrit des résultats de la vérification, envoyer des renseignements nouveaux ou supplémentaires, ou encore les raisons pour lesquelles la totalité ou une partie de la demande de remboursement est admissible. Les renseignements envoyés seront examinés par Croix Bleue, qui, dans un délai de trente jours (le délai sera plus long si des circonstances atténuantes entraînent un retard), prendra une décision au sujet de l'admissibilité de la demande de remboursement. Croix Bleue informera le fournisseur par écrit de sa décision.
25. Un fournisseur peut demander à ACC de réexaminer la décision rendue à la suite d'une révision dans les quinze jours ouvrables suivant la réception de celle-ci. Le fournisseur doit envoyer sa demande par écrit à l'adresse suivante :

À l'attention du directeur, Programmes de soins de santé, de réadaptation et de soutien du revenu  
Anciens Combattants Canada  
C.P. 7700  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8M9

26. Aux fins du réexamen, le fournisseur peut, dans les trente jours suivant la réception de l'avis écrit des résultats de la vérification de Croix Bleue, envoyer des renseignements nouveaux ou supplémentaires ou encore les raisons pour lesquelles la totalité ou une partie de la demande de remboursement est admissible. Les renseignements envoyés seront examinés par ACC et une nouvelle décision sera rendue quant à l'admissibilité de la demande de remboursement. ACC informera le fournisseur par écrit de sa décision.
27. La décision découlant du réexamen mené par ACC sera irrévocable et exécutoire, sous réserve de tout autre recours judiciaire dont dispose le fournisseur.

28. Une fois que les résultats de la vérification ou que la décision à l'égard de la révision ou du réexamen (ou la décision rendue à la suite de n'importe quel autre recours judiciaire) sont communiqués au fournisseur, conformément à la décision visant les points en litige entre Croix Bleue et le fournisseur relativement à la demande de remboursement :
- le montant payable par une partie (payeur) à l'autre partie (bénéficiaire) doit être versé sans délai, à condition que le montant soit supérieur au paiement de recouvrement minimum énoncé dans les politiques d'ACC ou dans le programme d'avantages médicaux;
  - le fournisseur ne peut envoyer de nouveau une demande de remboursement jugée non admissible et Croix Bleue, de son côté, ne sera pas tenue de payer une telle demande de remboursement.

### **Droit du client aux avantages médicaux**

29. Les fournisseurs ne pourront pas :
- demandeur à un client, sauf autorisation contraire d'ACC, de retourner un avantage médical pour lequel le fournisseur a envoyé une demande de remboursement;
  - demandeur à un client de payer ou de retourner un avantage médical lorsque la demande de remboursement du fournisseur est déclarée non admissible ou lorsque le montant remboursé précédemment est recouvré par Croix Bleue à la suite d'une vérification.

### **Protection des renseignements personnels et propriété des renseignements**

30. Il incombe au fournisseur de se conformer à toutes les lois pertinentes relativement à la protection des renseignements personnels en sa possession.

### **Statut des fournisseurs**

31. ACC se réserve le droit de déterminer qui peut s'inscrire ou être approuvé à titre de fournisseur. ACC peut refuser, suspendre ou révoquer le statut d'un fournisseur, notamment pour les raisons suivantes, si le fournisseur :
- refuse d'envoyer la documentation requise dans le cadre d'une vérification et refuse d'une façon quelconque de collaborer au processus de vérification;
  - fait mention d'ACC dans le matériel publicitaire sur les avantages médicaux qu'il publie ou distribue en utilisant une phrase autre que « Nous acceptons la carte d'identité de santé d'ACC »;
  - déclare par écrit ou verbalement qu'ACC approuve ses avantages médicaux ou les préfère à ceux de tout autre fournisseur;
  - fait la promotion des avantages médicaux en ciblant spécifiquement les clients d'ACC pour trouver des clients, à moins que la publicité ne s'inscrive dans le cadre d'une campagne de distribution ouverte à tous les clients et à d'autres personnes;
  - entre spécifiquement en contact avec des clients d'ACC par téléphone ou par un autre moyen pour leur offrir d'acheter les services qu'il offre;
  - offre des avantages médicaux insatisfaisants;
  - ne respecte pas les critères précisés dans les tableaux des avantages des PDC;
  - ne satisfait plus aux critères d'inscription établis par ACC;
  - commet une fraude;
  - n'a pas soumis de facture au cours des vingt-quatre derniers mois.



## **Sanctions**

32. ACC peut prendre n'importe laquelle des mesures suivantes à la lumière des résultats de la vérification :

- révoquer le statut de fournisseur;
- suspendre le statut de fournisseur;
- rétablir le statut de fournisseur;
- intenter des poursuites criminelles;
- intenter des poursuites civiles;
- recouvrer un trop-payé par règlement direct en argent, en déduisant le montant des prochains paiements admissibles ou par tout autre moyen mutuellement convenu;
- renvoyer le cas à un organisme compétent chargé d'octroyer les licences aux fins d'enquête;
- ne prendre aucune autre mesure.

## **Autorité**

33. ACC a le droit absolu d'établir des politiques, des lignes directrices et des règlements relatifs aux avantages médicaux et au programme d'avantages médicaux.

## **Divisibilité de l'entente**

34. Si l'une des dispositions relatives aux avantages et l'une des exigences en matière de paiement était interdite, assujettie à des restrictions ou non exécutoire, ou encore si son application à l'une des parties ou dans certaines circonstances était ainsi interdite, assujettie à des restrictions ou non exécutoire, cette disposition serait sans effet seulement dans la mesure de ces restrictions, de cette interdiction ou de ce caractère non exécutoire. Pour autant, elle n'invaliderait pas les autres dispositions des présentes pas plus qu'elle ne porterait atteinte à la validité ou au caractère exécutoire de cette disposition ou de son application aux autres parties ou à d'autres circonstances.

## **Prévenir l'abus et la fraude**

35. L'Unité d'enquête nationale de Croix Bleue Medavie effectue des vérifications au nom d'ACC. Le mandat de cette unité consiste à protéger l'intégrité financière du Programme des avantages pour soins de santé – Avantages médicaux d'ACC. L'Unité est responsable de prévenir et de déceler des cas de fraude et d'abus commis par les détenteurs de cartes et les fournisseurs de soins de santé participants, d'enquêter sur ces cas et d'intenter des poursuites. De plus en plus, la fraude est une préoccupation majeure au sein de l'industrie de l'assurance. Non seulement la fraude à l'assurance constitue une infraction criminelle au Canada, mais elle a également une incidence négative sur le coût de l'assurance pour tous.

Si vous découvrez des activités frauduleuses ou abusives touchant les programmes de soins de santé d'ACC, n'hésitez pas à communiquer avec l'Unité d'enquête nationale en appelant la ligne antifraude, au 1-866-485-5500, ou en écrivant un courriel au [BC\\_FAPInvestigations@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_FAPInvestigations@medavie.croixbleue.ca).