



Durée de la formation ?

1 jour – soit 7 heures.

À qui s'adresse cette formation ?

Tous les acteurs des entreprises d'assurance en charge de la gestion du risque de fraude

Pour obtenir quoi ?

Des compétences visées par l'arrêté du 26 septembre 2018 : maîtriser les mesures de prévention et de conformité, appliquer les règles en matière de lutte contre la corruption.

Quels objectifs pédagogiques ?

Expliquer les enjeux et mécanismes de fraude à l'assurance santé

Décrire les pratiques courantes en matière de fraude

Obtenir des éléments de preuve dans le respect des contraintes légales

Traiter et sanctionner les cas suspects

Quelles méthodes mobilisées ?

Apport théorique et pratiques pour faciliter l'apprentissage

Cas pratiques et mise en situation pour application immédiate

Quels sont les prérequis ?

Aucun en particulier.

Quelles modalités d'évaluation ?

Une évaluation des acquis des objectifs sera réalisée durant la formation.

Chaque participant se munira d'un ordinateur portable pour les travaux pratiques.

Qui anime cette formation ?

Patrick ROLLIER,



Spécialiste de la lutte contre la fraude externe en assurance de personnes, il a développé une véritable expertise en presque 15 ans de carrière. Il a principalement exercé au sein du groupe Malakoff Médéric, puis Malakoff Médéric-Humanis.

La formation en pratique...

Quand et où ?

28 septembre 2026

9 h 00 - 12 h 30 et 14 h 00 - 17 h 30
Caritat, Paris 8^e

Combien ça coûte ?

1 350 € HT + TVA 20%, soit 1 620 € TTC.

Les frais de participation couvrent la journée de formation, la documentation complète, le déjeuner et les pauses café.

Qu'allez-vous apprendre ?



Appréhender les enjeux et les mécanismes de la fraude à l'assurance santé

- Définir la fraude et ce qu'elle représente pour l'Assurance maladie et les Complémentaires santé
- Cerner les enjeux financiers de la fraude à l'assurance santé
- Identifier les obstacles légaux réglementaires et métiers à prendre en considération

Identifier les cas d'atypies et de fraudes dans le secteur de la santé

- Définir et illustrer des cas d'atypies
- Distinguer les différentes typologies de fraude et de fraudeurs
- Identifier les fraudes récurrentes dans les contrats et les prestations

Cas pratiques : présentation de 6 scénarios de fraudes santé détectés par différents canaux

Obtenir des éléments de preuves dans le respect des contraintes légales

- Lister les présomptions de l'assuré et la responsabilité de l'assureur dans la charge de la preuve
- Assimiler les différents moyens d'investigation existants (internes/externes)
- Savoir quelle stratégie employer en cas d'absence de preuve

Mise en situation : Exemples d'investigations pratiques et simples

Cerner les différentes méthodes de détection des dossiers suspects

- Les critères d'alerte
- Requêtes informatiques
- Règles métiers et contrôle
- Data science

Mise en situation : détecter la fraude documentaire test sur des vrais faux documents

Prévenir la fraude à l'assurance santé : les bonnes pratiques

- Se doter d'un dispositif et d'outils anti-fraude
- Elaborer et déployer des clauses de gestion du risque
- Exploiter les réclamations
- Sensibiliser et former aux bonnes pratiques

Investiguer et sanctionner la fraude santé

- Réagir à une suspicion de fraude
- Instruire le dossier fraude
- Conclure l'instruction
- Engager les actions de sanctions

01 44 51 04 00
info@caritat.fr

Qu'en disent les stagiaires ?

« Très bien pratico-pratique. »

CA, Juriste – ACORIS MUTUELLES

« Des éléments de réponse m'ont été apportés pour entamer notre processus de mise en place de la détection des fraudes. »

IG, Responsable de Pôle en assurances – GROUPE PRÉVOIR

« Intéressant car le formateur a eu en charge un service fraude. Formation très pratico-pratique. »

LC, Responsable santé et communication – MNPAF