

# CHARGE DE GESTION SANTE - CELLULE FRAUDE H/F

## CARTE BLANCHE PARTENAIRES

Lieu : Paris 2<sup>ème</sup>

Niveau d'expérience : 3-4 ans d'expérience

Type de poste : CDI – Cadre - À temps plein

Disponibilité : Septembre 2023

## À PROPOS

Carte Blanche Partenaires intervient depuis 20 ans auprès des professionnels de santé et des assurances santé en développant des services innovants pour plus de 12,5 millions d'assurés.

**Notre mission ?** Faciliter l'accès aux soins et aux équipements de santé, par la maîtrise des tarifs et le contrôle de la qualité tout en permettant un accès de proximité.

**Notre spécialité ?** La santé visuelle, auditive et bucco-dentaire, et la conception de services innovants d'accompagnement dans le parcours de santé.

**Notre ADN ? L'innovation !** Un enjeu majeur pour offrir aux bénéficiaires & adhérents des offres et services capables d'améliorer leur parcours de santé tout en intégrant les enjeux du numérique en santé.

**Notre savoir-faire ?** Depuis 20 ans, Carte Blanche Partenaires développe des services et réseaux de soins pour le compte de ses 55 complémentaires santé clientes, incluant 19 actionnaires, des acteurs majeurs du secteur : AESIO MUTUELLE, ABEILLE ASSURANCES, GENERALI, EQUITE, HENNER, KLESIA MUT, CARCEPT, KLESIA PREVOYANCE, AMM, MPPM, MUTUELLE NUOMA, MNH, PACIFICA, PREDICA, MSG, SOGECAP, SWISSLIFE CEGEMA, THÉLEM ASSURANCE...

**Nous rejoindre, c'est intégrer une entreprise solide, innovante, ambitieuse et en pleine croissance, qui anticipe les nouvelles tendances et participe activement aux grands enjeux qui vont transformer le système de santé français.**

Proximité, innovation et Ouverture sont les valeurs que nous défendons !

## DESCRIPTION DU POSTE

Rattaché(e) à la Responsable du service de lutte contre la fraude et en étroite collaboration avec les experts santé, votre mission consiste à incarner la politique de Carte Blanche Partenaires en matière de lutte contre la fraude et à veiller au respect des dispositions conventionnelles.

## MISSIONS

- **Instruire et assurer le suivi des dossiers suspectés de fraude**
  - Instruction des dossiers suspectés de fraude : analyse des dossiers, rédaction de note de synthèse, demandes de renseignements complémentaires, échanges avec les experts métiers, émission d'avis et notification (refus, demande de remboursement, résiliation...)
  - Organisation des diligences administratives en lien avec les opérations de contrôle (envoi des courriers, saisie dans l'outil, vérification des distributions, relance auprès des professionnels de santé, appels sortants en cas de contestation...), gestion précontentieuse.
  - Gestion des échanges avec les professionnels de santé et gestionnaires d'assurance : prise d'appels, traitement de demandes, traçabilité...
  - Analyse critique sur pièces des réponses transmises en vue de statuer sur le dossier dans les limites des délégations indiquées par le responsable.
  - Faire les liens et assurer le suivi de dossier avec les différents interlocuteurs en interne et chez les correspondants de nos actionnaires et de nos clients.
  - Préparation des comités d'arbitrage pour les dossiers complexes ou hors délégation.
- **Contribution au déploiement du dispositif de requêtes/d'indicateurs/ règles permettant l'identification de situation en anomalie et à l'évolution de l'outil de suivi**
  - Proposition et participation à la mise en place de nouvelles règles de gestion a priori et a posteriori et l'optimisation des processus liés à la lutte contre la fraude.
  - Opérer le ciblage des prises en charge et des magasins à contrôler en fonction des résultats algorithmiques de l'outil d'aide à la décision.
- **Animation du dispositif de lutte contre la fraude au sein de l'entreprise**
  - Contribution aux actions de sensibilisation auprès de différents acteurs : collaborateurs, gestionnaires d'assurance, ... et assister et conseillers les métiers sur cette thématique



# CARTE BLANCHE PARTENAIRES RECRUTE

## COMPÉTENCES

- Capacité d'analyse et d'enquête
- Compétences rédactionnelles
- Capacité à gérer des situations conflictuelles
- Maîtrise des outils bureautiques

## SAVOIR-ÊTRE

- Organisation/Priorisation
- Gestion des priorités
- Culture du résultat
- Esprit de synthèse
- Esprit d'équipe

## PROFIL RECHERCHÉ

- Formation Bac+3 minimum
- Une expérience professionnelle de 3-4 ans dans un service de Lutte contre la fraude, si possible dans un domaine de l'assurance santé
- Une connaissance dans le domaine de l'optique, du dentaire et/ou de l'audioprothèse serait un plus
- **Poste ouvert aux personnes en situation de handicap**

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Mutuelle prise en charge à 100% par l'employeur pour l'assuré et ses ayants-droits
- Tickets restaurants
- Chèques cadeaux Noël / Chèques vacances / Tickets CESU
- Plan Épargne d'Entreprise
- Intéressement
- Rémunération sur 12 mois
- Prime variable sur objectifs

## NOUS VOUS PROPOSONS

Un poste au sein d'une structure solide, en pleine croissance et évoluant dans un environnement dynamique et agréable.

Merci de nous adresser vos candidatures par mail à l'adresse suivante : [rh@carteblanchepartenaires.fr](mailto:rh@carteblanchepartenaires.fr)