

Sept centres de santé dentaire déconventionnés pour fraude

L'Assurance maladie annonce le 16 juin le déconventionnement de sept centres de santé dentaire appartenant à un même réseau (non cité), pour des durées allant d'un à cinq ans. Cinq centres seront exclus à compter du 16 juin, les deux autres à partir du 15 juillet. Le préjudice estimé pour l'Assurance maladie s'élève à près de 3 millions d'euros.

L'affaire débute en avril 2024, lorsque la CNAM détecte des incohérences dans les facturations de plusieurs structures d'un même groupe. Une « task force » nationale est alors mobilisée pour analyser simultanément l'activité de 13 centres répartis sur quatre régions. Cette stratégie vise à éviter que les pratiques frauduleuses ne soient simplement transférées d'un établissement à un autre. Les contrôles ont mis au jour des fraudes récurrentes : facturation d'actes non réalisés, double facturation d'un même soin, ou encore mentions permettant de contourner la réglementation. Les sanctions : quatre centres

déconventionnés pour un an (Île-de-France, PACA, Occitanie) ; un centre pour deux ans (PACA) et deux centres pour cinq ans (Île-de-France). Par ailleurs, six autres centres du même réseau font l'objet de pénalités financières, à hauteur de 500 000 €. Ces mesures portent à 61 le nombre de centres de santé déconventionnés depuis 2023 par l'Assurance maladie. En 2023 et 2024, plus de 90 millions d'euros de fraudes ont été détectés dans ce secteur.

