

Fraudebeleid bij MediRisk

In onze relatie met u gaan we uit van wederzijds vertrouwen. Zo kunnen we schades snel en zorgvuldig afhandelen. Elke vorm van fraude schaadt deze relatie en heeft bovendien consequenties voor de beeldvorming van het publiek ten aanzien van de zorgsector. Dat is onaanvaardbaar en daarom hanteert MediRisk een actief fraudebeleid.

Wat verstaan wij onder fraude?

Fraude kent vele vormen maar de essentie is dezelfde: het gaat altijd om particulieren of organisaties die zich geld of vermogen toe-eigenen waar ze geen recht op hebben en daarmee de rechten van anderen aantasten.

Het kan hierbij gaan om verzekeringsfraude (door verzekerden en door benadeelden en diens belangenbehartigers), maar ook om interne fraude (door medewerkers, uitzendkrachten, ingeschakelde hulppersonen).

Een aantal voorbeelden die u misschien wel herkent:

- Nota's vervalsen of bedragen op nota's aanpassen;
- Meer claimen dan de werkelijke schade;
- Meer kosten dan werkelijk geleverd in rekening brengen;
- Onjuiste informatie verstrekken.

Zoals gezegd, gaan we uit van vertrouwen. In enkele gevallen wordt dat vertrouwen op de proef gesteld en stellen we een onderzoek in.

Hoe handelen wij bij (een vermoeden van) fraude?

Wanneer wij onregelmatigheden tegenkomen, wordt de kwestie eerst intern onderzocht. Als er sprake is van aantoonbare fraude doen we aangifte zodat de zaak strafrechtelijk kan worden onderzocht en vervolgd. Als fraude is gepleegd door een medewerker van MediRisk, starten we een ontslagprocedure.

Deze maatregelen zijn erop gericht het onterecht verkregen bedrag vermeerderd met gemaakte kosten te verhalen op de frauderende partij. Indien noodzakelijk, zal beslag gelegd worden op de (onroerende) goederen en gelden van de frauderende partij.