

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 6 AVRIL 2012
BRS/F/11-017**

Madame A.
Praticien de l'art dentaire - licenciée en science dentaire

Et

- le Centre B.;
- la Clinique C.;
- la Clinique D.;
- la SA E.

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1 GRIEF FORMULE

Les prestations en cause concernent l'activité de Mme A. dans deux institutions, le centre B., la clinique C. ainsi qu'au cabinet de Monsieur F.

Le grief suivant a été formulé à l'encontre de Mme A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI :

Avoir rédigé et délivré des attestations de soins donnés visées dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi (Art. 73 bis, 2° de la loi ASSI, coordonnée le 14/07/1994).

Base réglementaire et prestations en cause

1. L'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la NPS:

« Chapitre III. - Soins Courants

Section 2. - Soins dentaires

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 31.8.2007" (en vigueur 1.9.2007)

"Art. 5. Sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification de praticien de l'art dentaire, comme défini à l'article 4 :"

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009)

"§ 1er. PRESTATIONS JUSQU'AU 18e ANNIVERSAIRE :"

"A.R. 31.8.2007" (en vigueur 1.9.2007) + "A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009)

Code 371011 371022 « Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire porteur du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, d'un médecin spécialiste en stomatologie ou d'un médecin-dentiste, jusqu'au 18e anniversaire N 5 »

Code 305594 305605 : « Examen préliminaire à un traitement orthodontique éventuel, **y compris la consultation** et comportant la prise d'empreinte des deux arcades, la confection des moulages d'étude, **l'établissement du diagnostic et du plan de traitement, avec rapport** ».

2. La règle interprétative suivante (M.B. 12 janvier 2006) avec date de prise d'effet au 01/09/2005 précisant que : « (...). Si le bénéficiaire est amené à consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'est pas en rapport avec le traitement en cours et en dehors du programme de traitement établi, la consultation peut figurer sur la même attestation de soins donnés et l'intervention est accordée. Par contre, si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison en relation avec le traitement, l'intervention pour cette consultation ne peut être accordée (...) ».

Nombre de prestations

Les prestations litigieuses en cause concernent l'activité de Madame A. :

1. Au Centre B. ;
2. A la Clinique C. ;
3. Au cabinet de Monsieur F.

Les cas retenus comme étant litigieux sont tous ceux qui présentent une consultation quelques temps après l'examen préliminaire.

1. Cas prestés au centre B.

➤ PVC du ...

5 cas sont frappés par la prescription visée à l'article 174, 10° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et sont donc à retirer du PVC.

En conséquence, le grief concerne 98 prestations 371011 introduites pour remboursement auprès des organismes assureurs durant la période du 31/05/2009 au 31/03/2010.

L'indu qui en résulte s'élève à 1.931,92 €.

➤ PVC DU ...

Pour 2 cas, la prestation relative à l'examen préliminaire a été réalisée au centre B. mais la consultation suivante a été réalisée au cabinet F. de sorte que ces 2 prestations 371011 ont été retirées des prestations réalisées au centre B. car reprises dans le PVC des prestations réalisées au cabinet F.

Le grief concerne donc 102 prestations reprises sous le code NPS 371011 introduites pour remboursement auprès des organismes assureurs durant la période du 01/08/2009 au 30/11/2010.

L'indu qui en résulte s'élève à 2.022,72 €.

- Indu PVC du ... + PVC du ...: 3.954,64 €

2. Cas prestés à la clinique C.

- PVC DU ...

1 cas d'assuré est frappé par la prescription visée à l'article 174, 10° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et doit donc être retiré du PVC.

En conséquence, le grief concerne 13 prestations 371011 introduites pour remboursement auprès des organismes assureurs durant la période du 30/06/2009 au 31/03/2010.

L'indu qui en résulte s'élève à 259,07 €.

- PVC DU ...

Le grief concerne 20 prestations 371011 introduites pour remboursement auprès des organismes assureurs durant la période du 30/06/2009 au 30/11/2010.

L'indu qui en résulte s'élève à 396,28 €.

- Indu PVC du ... + PVC du ... 655,35 €

3. Cas prestés au cabinet de Monsieur F.

- PVC DU ...

Le grief concerne 10 prestations 371011 introduites pour remboursement auprès des organismes assureurs durant la période du 27/05/2009 au 25/03/2010.

L'indu qui en résulte s'élève à 197,24 €.

- PVC DU ...

Le grief concerne 12 prestations 371011 introduites pour remboursement auprès des organismes assureurs durant la période du 04/05/2010 au 08/11/2010.

L'indu qui en résulte s'élève à 238,20 €.

- Indu PVC du ... + PVC du ... 435,44 €

Au total, le grief est formulé pour 255 prestations 371011, relatives à 255 assurés, attestées sur une période allant du 12/03/2009 au 29/10/2010 et introduites au remboursement auprès des organismes assureurs sur une période allant du 27/05/2009 au 30/11/2010.

L'indu total tel qu'il résulte de ce dossier s'élève à 5.045,43 euros.

Mode de perception des honoraires

Au centre B. et à la Clinique C., Mme A. utilise des ASD modèle F identifiées au nom de l'institution ; les remboursements opérés par les organismes assureurs relativement aux prestations réalisées par Mme A. sont perçus par lesdites institutions qui rétrocèdent, pour partie, les honoraires liés à son activité en leur sein sur un compte bancaire appartenant à la Société E. (dont le gérant est l'époux de Mme A.), laquelle société rétribue par la suite Mme A.

A la Clinique de M. F., Mme A. utilise des ASD de couleur orange de M. F.; elle barre le nom de ce dernier et y appose son cachet. Pour les prestations réalisées dans ce cadre, les honoraires sont également versés sur le compte bancaire de la société E.

2 DISCUSSION

1. Fondement du grief

Attendu qu'il ressort des éléments du dossier que Madame A. procédait à l'attestation systématique, dans le cours de traitements orthodontiques, d'une consultation - code 371011 - dans des conditions qui ne correspondaient pas aux prescrits réglementaires.

Que cette consultation, réalisée et attestée après l'attestation de l'examen préliminaire – code 305594 –, consistait en réalité pour Mme A., en une remise de devis et de plan pour le traitement orthodontique envisagé.

Qu'il s'agissait donc bien d'une consultation en relation directe avec le traitement orthodontique en cours ;

Que celle-ci ne pouvait dès lors en aucun cas être attestée au moyen du code 371011 dès lors que la Nomenclature des prestations de santé, en son article 5, prévoit expressément que ce type de consultation fait intégralement partie de la prestation 305594 et qu'elle ne peut donc être attestée en sus.

Que le caractère systématique de l'infraction est lui-même confirmé par les déclarations de Madame A. ; (PVA de la prestataire du ... - enquête n°...): « (...)

Le 1^{er} rendez-vous, c'est la prise de contact avec le patient. Il nous explique son problème, ses attentes et je l'examine. (...) J'atteste le 301011/371011 c'est-à-dire une consultation. (...) »

Le 2^{ème} rendez-vous, c'est ce qu'on appelle l'examen orthodontique. Je fais l'examen complet de la bouche, je prends les mesures. (...) Il y a aussi une prise d'empreintes. (...) J'atteste cela sous 305594 -, Examen orthodontique.

Le 3^{ème} rendez-vous, c'est ce qu'on appelle : le devis et la remise des résultats aux parents, en présence des enfants. (...) et j'explique aux parents quel va être le traitement, à savoir les différents types d'appareils, le suivi.

*(...) **Cette séance d'information, je l'atteste comme une consultation 301011/371011 et je fais toujours ainsi. (...)** »*

Attendu que le Service constate que Madame A. après avoir, dans un premier temps contesté la réalité du grief, (cfr. courrier de Maître G. du 25 juin 2010), admet maintenant que cette consultation n'était pas attestable comme telle ;

Que dans un courrier daté du 31 janvier 2012, Me G., conseil de Mme A. et de la société E., déclare que ses clients, bien que sans reconnaissance préjudiciable, renoncent en effet à poursuivre leur contestation quant à l'interprétation de la règle de la nomenclature en cause dans cette affaire et qu'ils s'engagent à effectuer volontairement les remboursements qui leur ont été demandés.

Que, par ailleurs, dans un courrier du 17 janvier 2012, Monsieur F., désigné par Madame A. pour la représenter dans ce dossier auprès des instances de l'INAMI et des différentes institutions hospitalières dans lesquelles elle travaille, déclare reconnaître que dès le moment où une règle interprétative de la nomenclature conclut que si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison en rapport avec le traitement orthodontique en cours, l'intervention de l'assurance pour cette consultation ne peut être accordée ;

Qu'il en conclut que le remboursement de toutes les prestations 371011 doit donc être effectué par les différents organismes qui ont perçu les honoraires.

Qu'il déclare s'engager, en sa qualité de représentant de Mme A. à demander immédiatement aux différentes institutions le remboursement des 5.045,43 € correspondant à l'indu total tel qu'il se dégage du dossier.

Qu'il conclut en déclarant que Mme A. a « maintenant bien compris son erreur ».

Que le grief doit dès lors être déclaré établi.

2. Indu

Attendu que le grief est fondé et qu'il y a donc lieu d'ordonner le remboursement des débours indus que celui-ci a engendrés pour l'assurance obligatoire soins de santé et ce, conformément à l'article 142, §1^{er}, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Que l'indu total; tel qu'il se dégage du dossier, a été fixé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à 5.045,43 euros.

Que cet indu doit être ventilé comme suit :

Cas prestés au centre B.

PVC du 17/05/2011 - Indu : 1.931,92 €.

PVC du 07/06/2011 - Indu : 2.022,72 €.

Indu total : 3.954,64 €

Cas prestés à la Clinique C.

PVC du 17/05/2011 – Indu : 259,07 €.

PVC du 07/06/2011 – Indu : 396,28 €.

Indu total : 655,35 €

Cas prestés au cabinet de Monsieur F.

PVC du 17/05/2011 – Indu : 197,24 €.

PVC du 07/06/2011 – Indu : 238,20 €.

Indu total : 435,44 €

Attendu qu'à ce jour, plusieurs montants ont été remboursés par les institutions concernées :

Le 12 janvier 2012, une somme de 655,35 € (*) a été remboursée par la Clinique C.;

Le 24 janvier 2012, une somme de 435,44 € a été remboursée par la Clinique D. (cabinet F.);

Le 25 janvier 2012, une somme de 655,35 € (*) a également été remboursée par la Société E.;

Le 31 janvier 2012, une somme de 1931,92 € a été remboursée par le centre B.;

Le 19 mars 2012, une somme de 2.022,72€ a été remboursée par le centre B.;

Attendu que l'indu a, de la sorte, été intégralement remboursé.

Que la somme de 655,35€ (*) (prestations réalisées par Mme A. à la Clinique C.) a, quant à elle, été remboursée deux fois, une fois par cette institution et une seconde fois par la Société E.;

Que le Fonctionnaire-dirigeant prend acte de ces différents remboursements ainsi que du double paiement de la somme de 655,35 euros.

3. Sanction administrative

Attendu qu'en juin 2010 (courrier de Me G.), Madame A. contestait la réalité du grief et considérait qu'elle était en droit d'attester la consultation litigieuse ;

Que depuis, elle déclare avoir compris son erreur dans l'interprétation de la règle concernée de la Nomenclature et admettre que si, dans le cours d'un traitement orthodontique initié, un bénéficiaire la consulte pour une raison en rapport avec ce traitement, elle n'est pas en droit d'attester pour cette prestation, une consultation 371011 ;

Que cette dernière fait en effet déjà intégralement partie de la prestation 305594 ;

Que Madame A. a très rapidement manifesté sa volonté de rembourser l'indu se dégageant de ce dossier ;

Que cet indu a été remboursé ;

Attendu que si ces éléments peuvent être retenus en faveur de Madame A., il y a toutefois lieu de tenir compte du caractère systématique de l'infraction ;

Attendu que pour ce type d'infraction (prestations non conformes), la sanction applicable en vertu de l'article 142, §1er, 2° de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet

1994, peut correspondre à un pourcentage oscillant entre 5 et 150% du montant de l'indu ;

Que l'article 157 §1^{er} de cette même loi prévoit toutefois que le Fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôles médicaux peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes administratives visées à l'article 142 précité ;

Qu'en l'espèce, eu égard à l'ensemble des éléments du dossier, il est justifié de prononcer à l'égard de Mme A., une amende administrative fixée à 50% du montant de l'indu (5.045,43 euros) soit, une amende de 2.522,71 euros, assortie d'un sursis de trois ans pour la totalité.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare le grief établi ;
- Prend acte du remboursement de la totalité de l'indu ;
- Constate qu'un montant de 655,35 euros a été remboursé deux fois ;
- Ordonne que ce montant de 655,35 euros soit remboursé à la SA E.
- Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative fixée à 50% du montant de la valeur des prestations non conformes (5.045,43 euros) soit une amende de 2.522,71 euros, assortie d'un sursis de trois ans pour la totalité.

Ainsi décidé à Bruxelles, par le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Le Fonctionnaire – dirigeant,
Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général