

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU SERVICE D'ÉVALUATION ET
DE CONTRÔLE MÉDICAUX DE L'INAMI – 12 JANVIER 2010
BRS/F/09/036

**En cause: Monsieur A.
Dentiste LSD**

1. GRIEFS FORMULÉS.

Quatre griefs ont été formulés concernant M. A.

En résumé, il lui est reproché:

Grief 1 : Avoir porté en compte et/ou permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car les codes utilisés ne pouvaient être employés dans ces circonstances.

Nomenclature des prestations de santé, art 5 et

Article 6. Généralités.

« A.R.7.6.1991

« §1 : Les honoraires pour consultation comprennent l'examen du patient et la prescription éventuelle de médicaments. Les honoraires pour consultation au cabinet d'un médecin spécialiste en stomatologie, d'un médecin-dentiste, d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitare ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour une prestation de soins dentaires, à l'exception des radiographies reprises à l'article 5. »

A.R. 15.6.2001

« § 1ier bis. La consultation prévue sous le n° 301033 fait l'objet d'une demande écrite du médecin traitant. Le dentiste conserve cette demande dans le dossier dentaire.

La présence du médecin n'est pas requise. »

« §1 ter. Par consultation, il faut entendre l'examen bucco-dentaire du patient au cabinet en vue d'un diagnostic ou d'un traitement d'une affection, la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen. »

Règle interprétative 01

« En vertu des dispositions de l'article 6, § 1er, de la nomenclature, les honoraires pour soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations effectuées entre les dates de début et de fin de traitement portées sur l'attestation de soins donnés ».

Prestation en cause : 301011 : * Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitare, à partir du 12e anniversaire N 5.

Les éléments du dossier montrent que la consultation attestée constituait :

- Soit un temps intermédiaire d'une reconstitution de couronne (Cas B.)
- Soit ne correspondait pas à ce qui a été réalisé (détartrage pour le cas C.)

2 prestations 301011 concernant 2 assurés (période 20/10/05 au 21/12/05).

L'indu est de 27,08 € pour ce grief (indu total).

Grief 2 : Avoir porté en compte et/ou permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car les actes prestés ne correspondent pas au libellé de la prestation.

Nomenclature des prestations de santé, art 14 : (les prestations relevant de la spécialité en stomatologie (DR).

L'intervention de l'assurance est limitée aux prestations dont le numéro d'ordre est suivi du signe +, lorsqu'elles sont effectuées par un praticien de l'art dentaire dans les limites des prérogatives conférées par les diplômes légaux.

Règle interprétative Numéro de l'IR : 14/09

QUESTION : La prestation n° 317030 - 317041 + Alvéolectomie étendue à une région d'au moins 6 dents K 42 est-elle remboursable dans les seuls cas où il s'agit du traitement d'au moins 6 alvéoles contiguës ?

REPONSE : La prestation 317030 - 317041 + Alvéolectomie étendue à une région d'au moins 6 dents K 42 vise le traitement, par arcade dentaire, sur une région d'au moins 6 alvéoles contiguës.

Il en est de même pour la prestation n° 317074 - 317085 + Gingivectomie étendue à une mâchoire, sur une région d'au moins 6 alvéoles.

Date du moniteur : 24/06/2003

Date de prise d'effet : 24/06/2003

Prestations en cause : 317030+Alvéolectomie étendue à une région d'au moins 6 dents K 42

Selon les éléments présents dans le dossier il appert que cette alvéolectomie concerne les dents suivantes : 17-16-13-22-23-26 c'est-à-dire des dents non contiguës.

1 prestation 317030 du 15/09/05 pour 1 assuré.

L'indu est de 22,33 €. (Indu total).

Grief 3 : Avoir porté en compte et/ou permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car les prestations ne répondent pas aux exigences de la nomenclature.

Nomenclature des prestations de santé, art 1 § 8

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les rapports, documents, tracés, graphiques mentionnés dans les libellés de cette nomenclature, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins deux ans.

"Pour les prestations diagnostiques pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé, le dossier devra démontrer l'exécution de l'examen."

Prestation en cause : 307090 : Examen radiographique de toute une mâchoire ou des deux mâchoires, par cliché panoramique, quel que soit le nombre de clichés, à partir du 12e anniversaire N 41

Le cliché panoramique n'a pu être présenté aux médecins-inspecteurs lors du contrôle.

Le SECM maintient le grief dès lors que le prestataire a spontanément déclaré que le cliché ne pouvait être retrouvé.

Monsieur A. met tardivement un cliché panoramique à la disposition des enquêteurs alors qu'il avait été prévenu, dans un courrier en date du 06/02/2007, de mettre à la disposition des enquêteurs, le jour de son audition, les dossiers complets au nom des assurés repris en liste annexe.

1 prestation 307090 du 22/12/05 pour 1 assuré.

L'indu est de 26,10 € (indu total).

Grief 4 : Avoir porté en compte et/ou permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car les prestations ne répondent pas à la nomenclature et à ses règles d'application

Nomenclature des prestations de santé, art 6

Art 6. Généralités

(..)

§5. Prothèses (...)

1. Généralités

1.1 Les formulaires 41,41 bis et 41 ter mentionnés ci-après sont ceux dont le modèle est annexé, sous le même numéro, à l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire de Santé et indemnités.

1.2 L'intervention de l'assurance pour une nouvelle prothèse n'est due que sur présentation :

- d'une attestation de soins donnés dûment complétée sur laquelle figurent la date, la signature et le cachet du praticien qui a effectivement élaboré et placé la prothèse ;
- d'un formulaire 41 complété entièrement. »

Prestation en cause

306613 306924 : prothèse amovible totale supérieure L600

306935 306946 : prothèse amovible totale inférieure L600

Il ressort du dossier qu'il n'y a pas de correspondance entre les dates renseignées des étapes de fabrication de prothèse sur l'annexe 41 et les dates expliquées lors des auditions et notées au dossier.

Ainsi le remboursement des prestations reprises sous les codes 306935 et 306913 étant lié à l'annexe 41 (au moment des faits, portant maintenant le n° 56) dûment complétée, les prestations 306913 et 306935 sont indues parce que non conformes au libellé de la NPS et à ses règles d'application

Ce n'est pas la non réalisation qui est reprochée ici à Monsieur A. mais la non correspondance de dates renseignées sur l'annexe 41 (devenue 56) avec les dates présentes sur tous les autres éléments présents au dossier

1 prestation 306913 et 1 prestation 306935 du 21/10/05 pour 1 assuré.

Indu de 710,24 € (total).

Le montant total de l'indu pour ce dossier s'élève à **785,75 €**

Il a été totalement remboursé le 03.11.2009.

2. DISCUSSION.

2.1. Attendu que M. A. n'a pas contesté les faits cités à grief, ni communiqué de moyens de défense ;

Qu'il a remboursé sans réserve la totalité de l'indu en date du 03.11.2009 ;

Qu'au vu des documents récoltés et des auditions réalisées, les faits cités à grief sont établis ;

2.2. Attendu que les faits reprochés à M. A. ont été commis avant l'entrée en vigueur des lois des 13 décembre 2006, portant dispositions diverses en matière de santé (M.B., 22 décembre 2006, éd.2), du 21 décembre 2006, portant création de Chambres de première instance et de Chambres de recours auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (M.B., 14 février 2007), du 27 décembre 2006, portant des dispositions diverses (I) et (II) (M.B., 28 décembre 2006, éd.3), soit avant le 15 mai 2007 (A.R. du 11.05.2007, M.b ; du 01.06.2007, p. 29797) ;

Que pour déterminer les dispositions légales applicables en l'espèce, il convient d'appliquer les prescriptions de l'article 112 (autonome) de la loi du 13 décembre 2006 qui prévoit que les infractions commises avant le 15 mai 2007 (A.R. du 11.05.2007 précité) sont soumises pour ce qui concerne la prescription, l'amende administrative et le remboursement aux dispositions des articles 73 et 141 6§2, 3, 5, 6 et 7 al 1er à 5 de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994 tels qu'ils étaient en vigueur avant le 15.05.2007.

Attendu que conformément à l'article 141, §5, dernier alinéa (tel qu'il était en vigueur avant le 15.05.2007), M. A. devait rembourser l'indu (ce qui a été réalisé le 03.11.2009);

Attendu que les faits sont antérieurs au 15.05.2007 et qu'il convient d'appliquer l'article 141, §7, de la loi ASSI coordonnée (tel qu'il était en vigueur au moment des faits) prévoyant le prononcé d'une amende administrative dans les 3 ans du procès-verbal de constat;

Que le procès-verbal de constat le plus ancien a été notifié le 29.05.2007;

Qu'une amende administrative peut donc encore être infligée ;

Que, pour les prestations non conformes à la réglementation, l'article 141, §5, alinéa 4, b) de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994, tel qu'il était en vigueur au moment des faits, prévoyait une amende administrative pouvant être égale à minimum 1 p.c. et à maximum 150 p.c. de la valeur des prestations concernées ;

Que le même article 141, prévoyait en son §7, alinéa 3, que l'amende peut être assortie d'un sursis d'une durée d'un an à trois ans ;

Que quatre griefs de non-conformité ont été retenus ;

Que ces griefs démontrent, dans le chef de M. A., une méconnaissance de points importants de la réglementation qui le concernent et cela constitue indéniablement un manquement aux obligations qui s'imposent à lui en sa qualité de dispensateur de soins collaborateur de l'assurance obligatoire ;

Que pour fixer le quantum de la sanction, il y a lieu de tenir compte de plusieurs éléments qui peuvent être retenus en faveur de M. A. ;

Que le montant de l'indu mis à jour au cours de l'enquête demeure relativement modéré ;

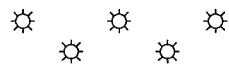
Que l'indu a été intégralement remboursé mais le remboursement a eu lieu seulement après l'envoi de la note de synthèse;

Qu'en 2004, M. A. avait fait l'objet d'un avertissement avec remboursement d'un indu de 251,81 € pour 8 prestations non conformes (p.4 de la note de synthèse) ;

Que dans ces conditions, il paraît indiqué de prononcer une sanction administrative modérée, assortie d'une mesure de sursis partiel ;

Que cette sanction permet à la fois de rappeler au dispensateur de soins que les manquements commis ne sont pas sans gravité et également de l'inciter, à l'avenir, à mettre sa pratique en conformité avec la réglementation applicable et les exigences de sa charge ;

Qu'en raison du remboursement intégral de l'indu (réalisé après l'envoi de la note de synthèse) et s'agissant de prestations non conformes, il est décidé de lui appliquer une amende administrative de 100 % de l'indu assortie d'un sursis de trois ans pour 50 %, soit une amende immédiate effective de 50 % de l'indu (392,87 €);



PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI) 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 les griefs établis;
- Condamne M. A. au remboursement de la totalité de l'indu soit **785,75 €** ;
- Constate que M. A. a remboursé la totalité de l'indu le 03.11.2009;
- Condamne M. A. au paiement d'une amende administrative fixée à 100% de l'indu dont 50 % en amende effective (**392,87 €**) et 50 % assorti d'un sursis de trois années;

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

Dr B. HEPP

Médecin-directeur général