

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 28 MAI 2020

Concerne : **Madame A.**
Infirmière
BRS/F/20/-001

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

Un grief a été formulé (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés 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 la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

Il s'agit de dossiers infirmiers incomplets.

Base légale du grief

Article 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

Base réglementaire du grief

Article 8 §3 de la nomenclature des prestations de santé (NPS)

A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)

1° lorsque les prestations sont effectuées à des bénéficiaires hospitalisés, ou soignés

ambulatoirement dans les conditions qui autorisent l'établissement à porter en compte un des forfaits prévus dans la convention nationale avec les établissements hospitaliers, sauf si le bénéficiaire conjugue, pour une même journée, la qualité d'hospitalisé et d'ambulant. Dans ce cas l'intervention de l'assurance peut être octroyée, à condition que le praticien de l'art infirmier mentionne le pseudo-code 426613;

A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

2° lorsqu'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée au bénéficiaire dans le cadre des dispositions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

3° lorsque les soins fournis font partie intégrante d'une consultation, d'une visite ou d'une prestation technique effectuée par un médecin;

A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 9.1.1998)

4° lorsque les soins sont dispensés au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées, au sens de l'arrêté royal du 19 décembre 1997 fixant les conditions auxquelles doivent répondre les institutions, qui sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, au sens de l'article 34, 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier.

A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)

6° lorsque les prestations sont dispensées lors d'une "première prise en charge des urgences" ou lors "de soins urgents spécialisés" dans un hôpital.

7° pour les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 si cet acte est réalisé dans un hôpital en ce compris le service de consultation de l'hôpital.

8° pour les prestations 425913, 426075, 426090, 426112 et 428072 réalisées au cabinet du praticien de l'art infirmier.

Article 8 §4 1° et 2° de la nomenclature des prestations de santé (NPS)

A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4°:

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° comprend :

- l'observation globale du bénéficiaire;
- le planning et l'évaluation des soins;
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;
- la tenue complète d'un dossier infirmier;
- les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 3°, 3°bis et 4°.

A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;

- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

- la planification des soins;
- l'évaluation des soins;

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier.

A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

- le dossier soins de plaie(s) spécifiques visé au § 8, 5°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier.

A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1°, V, VI et VII et au § 1er, 2°, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1er, 1°, VI et VII, et du § 1er, 2°, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.

La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé).

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.

Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés.

Directive du comité de l'Assurance du 23 mai 2011 concernant le contenu de la planification et de l'évaluation

Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé. L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient.

Article 8 §8 5° de la nomenclature des prestations de santé (NPS)

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) "5° Les prestations 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 et 424830 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, au niveau de son contenu, à une directive qui a été fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs.

Directives relatives au contenu du dossier infirmier en matière de soins complexes et spécifiques de plaie(s)

Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier et comprend l'anamnèse infirmière, le jugement clinique du praticien de l'art infirmier (diagnostics infirmiers), le plan de soins (interventions infirmières) et l'évaluation des résultats.

• L'anamnèse infirmière comprend les éléments suivants :

- ° Date de l'anamnèse infirmière
- ° Données d'identification du patient
- ° Médecin généraliste : données d'identification
- ° Médecin spécialiste : données d'identification
- ° Infirmier(ère) référent(e) : données d'identification
- ° Infirmier(ère) relais en soins de plaie(s) : données d'identification
- ° Antécédents médicaux et chirurgicaux qui peuvent avoir une influence sur la plaie, si données médicales à ce sujet disponibles
- ° Allergies :
 - cutanée
 - médicamenteuse: si données médicales à ce sujet disponibles (nom du médecin et date à laquelle les données ont été obtenues)
 - alimentaire

° Facteurs aggravants ou potentiellement aggravants :

- état nutritionnel
- état d'hydratation
- d'origine médicale (par exemple : insuffisance cardiaque, artérite, ...)
- d'origine thérapeutique (par exemple : médicaments anti-inflammatoires et anti-infectieux, chimiothérapie, ...)
- perte de mobilité
- autres (à spécifier)

° Situation familiale

- Isolé
- Vit en famille

° Personne(s) de contact pour le patient : données d'identification

• **Le jugement clinique (diagnostic infirmier) comprend les éléments suivants :**

• **Description de la (des) plaie(s)**

° nombre de plaies

° localisation de la (des) plaie(s)

° origine de la (des) plaie(s) et date d'apparition de la (des) plaie(s)

° type de plaie(s)

- plaie(s) avec drain avec/sans aspiration
- plaie(s) avec méchage et/ou irrigation
- plaie(s) avec broche ou fixateur externe
- deux plaies simples ou davantage
- brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré, ulcère(s), greffon(s), escarre(s) avec une surface de moins de 60 cm²
- stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie
- brûlure(s) du deuxième ou du troisième degré ou greffon(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
- ulcère(s) avec une surface de 60 cm² ou plus
- escarre(s) profonde(s) touchant les tendons et les os
- débridement d'escarre(s)

• **Evaluation de la (des) plaie(s)**

° dimensions (profondeur, largeur, longueur)

° stade de cicatrisation de la plaie (rose, rouge, jaune, noire)

° exsudat (0, +, ++, +++)

° contours de la plaie

° douleur (aiguë ou chronique)

• **Le plan de soins comprend :**

• **La planification des interventions infirmières**

• **Le traitement locale de la (des) plaie**

° nature

° fréquence

° répartition des soins pendant la journée

° nettoyage de la plaie et produits utilisés

° moyen de recouvrement

° moyens de fixation

° moyens de compression

• **L'évaluation du résultat du traitement**

• **Justification de la demande d'avis d'un infirmier relais** (si en application, soit

uniquement en cas de plaies spécifiques)

• **Rapport de la visite de l'infirmier relais** (si en application, soit uniquement pour les plaies spécifiques). Ce rapport comprend au minimum :

° La description de la plaies

° L'évaluation de la plaie et du traitement en cours

° Le traitement proposé

Prestations en cause

424373 Soins de plaie(s) spécifiques W2,9

424535 Soins de plaie(s) spécifiques WE W4,35

425014 Première prestation de base de la journée de soins W0,879

425110 Soins d'hygiène (toilettes) W1,167

425272 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) W3,825

425294 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W7,371

425316 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et – dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) W8,763

425412 Première prestation de base de la journée de soins WE W1,206

425515 Soins d'hygiène (toilettes) WE W1,754

425670 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) W5,71

425692 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W10,944

425714 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et – dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) W13,036

426635 Soins infirmiers à domicile : pseudocode à mentionner pour chaque 1ère prestation de base effectuée pendant la journée de soins pour : a) patients non-palliatifs : le forfait A (425272, 425670, 426075 et 429096), pour le forfait B (425294, 425692, 426090 et 429111) et pour le forfait C (425316, 425714, 426112 et 429133); b) patients palliatifs : le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092) et pour le forfait PP (427173 et 427195) W 0,000

426650 Soins infirmiers à domicile : pseudocode à mentionner pour chaque 2ème prestation de base effectuée pendant la journée de soins pour : a) patients non-palliatifs : le forfait A (425272, 425670, 426075 et 429096), pour le forfait B (425294, 425692, 426090 et 429111) et pour le forfait C (425316, 425714, 426112 et 429133); b) patients palliatifs : le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092) et pour le forfait PP (427173 et 427195) W 0,000

426731 Soins infirmiers à domicile : pseudocode à mentionner pour chaque prestation effectuée pendant la journée de soins : a) patients non-palliatifs : prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755 pour le forfait A (425272, 425670, 426075 et 429096), pour le forfait B (425294, 425692, 426090 et 429111) et pour le forfait C (425316, 425714, 426112 et 429133); b) patients palliatifs : prestations 425110 ou 425515 pour le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092) et pour le forfait PP (427173 et 427195) W 0,000

427696 Première prestation de base de la journée de soins W0,655

427755 Soins d'hygiène (toilettes) W1,167

427976 Soins de plaie(s) spécifiques W2,9

429096 Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) W3,605

429111 Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et – dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W6,432

429133 Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) W8,874

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 27.753,45 euros.

Madame A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

2 DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

Mme A. reconnaît que les dossiers infirmiers sont incomplets. Elle a bien effectué les prestations (respect des échelles de Katz et identification des patients). Elle accepte le remboursement de l'indu et propose de rembourser 2.312,80 euros par mois. Elle effectuera un premier paiement le 10.04.2020.

2.2. Décision

Tout d'abord, le Fonctionnaire-dirigeant relève qu'il n'a pas été possible d'auditionner les assurés car ceux-ci résident dans des centres pour adultes handicapés (...). Au vu de leurs situations, une audition de Monsieur B., responsable de ..., a été réalisée afin de clarifier la collaboration avec Mme A.

Lors de l'enquête, des manquements ont été constatés dans tous les dossiers : absence de données d'identification, absence des échelles de Katz, absence de planifications des soins et absence de l'évaluation des soins.

Le statut particulier des assurés rencontrés empêchant toute audition, l'absence d'organisation dans la répartition des prises en charge des résidents entre Mme A. et les éducateurs des centres ainsi que l'absence de planning hebdomadaires permettant de vérifier le passage de la prestataire ont abouti à fonder le grief exclusivement sur l'analyse des dossiers infirmiers.

Par ailleurs, le Fonctionnaire-dirigeant constate que Mme A. reconnaît que les dossiers infirmiers sont incomplets, ce qui corrobore les éléments de l'enquête.

En conséquence, le grief est établi.

2.3. Quant à l'indu

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 27.753,45 euros.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner Mme A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 27.753,45 euros.

2.4. Quant à l'amende administrative

2.4.1. Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 04/07/2016 au 31/10/2016.

La sanction applicable est celle visée à l'article 142 §1^{er}, 2° de la loi SSI, c'est-à-dire, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% de l'indu.

2.4.2. Le Fonctionnaire-dirigeant estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Mme A.

En effet, les dispensateurs de soins doivent être considérés comme des collaborateurs de l'assurance obligatoire. En cette qualité, ceux-ci sont tenus, dans le cadre de leurs activités, à un devoir de rigueur et de probité.

Force est de constater que la présente infraction relative à la tenue incomplète des dossiers infirmiers est considérable. D'une part, elle a généré un indu de 27.753,45 euros. D'autre part, elle porte sur 3.959 prestations non conformes, attestées sur une période infractionnelle de 8 mois, auprès de 53 assurés.

Le Fonctionnaire-dirigeant souligne que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

Si les prestataires ne se conforment pas à la réglementation, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En conséquence, eu égard à l'expérience de Mme A. (diplômée en 2008), à l'absence d'antécédent de Mme A., à l'importance de l'indu (27.753,45 euros) et à l'absence de remboursement de l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

une amende de 25% du montant des prestations indues, soit 6.938,36 euros (article 142, §1^{er}, 2°, de la loi ASSI coordonnée).

2.5. Plan paiement

Dans ses moyens de défense, Mme A. accepte le remboursement de l'indu et propose de rembourser 2.312,80 euros par mois. Elle promet d'effectuer un premier paiement le 10.04.2020.

A ce jour, aucun paiement n'a été effectué.

Par la présente décision, le Fonctionnaire-dirigeant condamne Mme A. au remboursement de l'indu de 27.753,45 euros et à une amende de 6.938,36 euros, soit une somme totale de 34.691,81 euros.

A cette somme il convient d'ajouter les intérêts moratoires prévus par l'article 156, §1^{er} alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée (tel que modifié par l'article 26, 1^o, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.b. du 17 août 2015) qui dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1^{er}. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

Dans ces conditions, le Fonctionnaire-dirigeant décide que Mme A. :

- pourra rembourser, dans les 18 mois suivant la notification de la présente décision, l'indu, s'élevant à 27.753,45 euros et l'amende de 6.938,36 euros, soit la somme totale de 34.691,81 euros, en ajoutant les intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt (taux de 7% l'an), si la totalité de la somme n'est pas remboursée dans les 30 jours suivant la notification de la présente décision ;

Un plan de paiement détaillé est annexé à la présente décision. L'absence de paiement d'une seule mensualité à l'échéance prévue entraînerait l'exigibilité de la totalité du solde de la somme due.

*

*

*

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 ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 27.753,45 euros ;
- Condamne Madame A. à payer une amende de 25% du montant des prestations indues, soit 6.938,36 euros (article 142, §1er, 2°, de la loi ASSI coordonnée) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité ;
- Autorise Mme A. à rembourser la totalité des sommes dues, soit 34.691,81 euros, à majorer des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, en 18 mois conformément au plan de paiement annexé à la présente, le premier paiement (2.024,08 euros) devant être effectué pour le 01.07.2020 et le dernier paiement (2.026,56 euros) devant être effectué pour le 01.12.2021. En cas de non-paiement ou de paiement partiel, la récupération du solde restant dû pourra être confiée à l'Administration générale de la perception et du recouvrement ou bien donner lieu à l'application de l'article 206bis de la loi coordonnée le 14/07/1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant f.f.,