

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 14 JANVIER 2026

N° de rôle : BRS/F/25-004

Concerne : **A.**
 Infirmière graduée
 N° INAMI : ...

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 GRIEFS FORMULES

Deux griefs ont été formulés (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 :

1.1 Premier grief

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies

Infraction visée à l'art. 73bis, 1° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

1.1.1. Principe général :

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la LC du 14/04/1994 qui dispose :

Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014 – d'application à partir du 01/07/2015

« (...) »

Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature, (...).

(...)

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.

1.1.2. Argumentation :

Il apparaît que sont portées en compte des prestations non effectuées. Il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I et 2°, I de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 2 assurés.

Il s'agit de 366 prestations pour la période de prestation du 05/10/2021 au 27/02/2023 et de réception à l'OA du 09/11/2021 au 24/03/2023.

Le détail du grief se trouve aux pages 8 à 12 de la note de synthèse.

1.1.3 Conclusion

Le grief concerne 366 prestations.

L'indu correspondant s'élève à 14.750,52 euros.

1.2 Deuxième grief

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi au sens de l'article 73 bis, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Infraction visée à l'art. 73bis, 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC).

1.2.1 Base réglementaire

1.2.1.1. L'article 8 de la NPS précise :

"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

(...)

"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."

(...)

§ 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;

(...)

"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."

"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 :"

- 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."

"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 :"

- 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."

(...)

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

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."

(...)

"§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2°:"

(...)

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :

(...)

"b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;"

(...)

"§ 5quater

Les prestations 428035, 428050, (...) peuvent être attestées à partir de la 3e, 4e et 5e visite chez un même patient au cours de la même journée de soins pour les patients lourdement dépendants bénéficiant d'une prestation décrite au § 1er, 1°, II et IV, au § 1er, 2°, II et IV et au § 1er, 3° et 3°bis, II sauf des prestations 427173 et 427195

"Seul le dispensateur de soins qui a effectivement exécuté cette 3e visite ou les suivantes peut attester cette prestation. Cette prestation peut être attestée au maximum une seule fois par journée de soins pour la 3e visite, maximum une seule fois par journée de soins pour la 4e visite et maximum une seule fois par journée de soins pour la 5e visite."

"§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515,

(...)

"1° Seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1°, peuvent être attestées."

(...)

"§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations (...) 424336, (...) 424491, (...))

"1° Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par :

- "soins de plaie(s) simples" : tous les soins de plaie(s) qui ne tombent pas sous la notion soins de plaie(s) complexes. Ce sont des plaies dont le processus normal de cicatrisation prend 14 jours maximum, notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes ;

(...)

1.2.1.2. Lettre circulaire aux praticiens de l'art infirmier 2012/01 datée du 29/05/2012 portant la référence 1240/OMZ-CIRC/INF-12-1-f 1. 1.¹

Adaptations de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé à partir du 1er juin 2012 et du 1er juillet 2012 (annexes 1, 2, 3, 4 et 5)

1.1. Adaptations à partir du 1er juin 2012

1.1.1. Dossier infirmier

Vous devez tenir le dossier infirmier complètement à jour pour avoir droit au remboursement des prestations que vous avez effectuées. Aucun honoraire n'est dû si :

- le dossier infirmier n'existe pas ou
- si le contenu minimal n'est pas repris.

Vous trouverez ce contenu minimal du dossier infirmier dans le schéma ci-dessous. La planification et l'évaluation diffèrent en fonction du type de prestation effectuée (Directive du 23 mai 2011 du Comité de l'assurance (voir annexe 1)).

¹ https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/circulaire_infirmiers_2012_1.pdf

1.2.1.3. Directive (23 mai 2011) concernant le contenu de la planification et de l'évaluation ²

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.

1.2.1.4. Lettre circulaire aux praticiens de l'art infirmier 2003/2 datée du 24/06/2003 portant la référence 1240/OMZ-CIRC/INF-03-2F ³

(...)

3.Directives relatives aux honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques, les soins de plaie(s) et la prestation technique spécifique de soins infirmiers 'remplacement de l'héparjet dans les cathéters à demeure (cathéter port et cathéter type Hickman)'.

La modification de la nomenclature prévoit également des directives concernant les honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques, les soins de plaie(s) et la prestation technique spécifique de soins infirmiers « remplacement de l'héparjet dans les cathéters à demeure (cathéter port et cathéter type Hickman) ».

Le volet concernant les patients diabétiques comporte :

- des directives portant sur le contenu :
 - du dossier infirmier spécifique du patient diabétique ;
 - des honoraires forfaitaires pour l'éducation individuelle aux soins autonomes, pour l'éducation individuelle à la compréhension et pour le suivi d'un patient diabétique après l'éducation aux soins autonomes ;
 - des honoraires de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes ;
- des conditions de formation de l'infirmier relais en diabétologie ;
- des mesures transitoires.

²

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_planification_evaluation_20110523.pdf

³ https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/circulaire_infirmiers_2003_2.pdf

Le volet concernant les soins de plaie(s) comporte :

- des directives relatives au contenu du dossier infirmier en matière de soins de plaie(s) complexes et spécifiques ;
- les conditions de formation de l'infirmier relais en soins de plaie(s)
- des mesures transitoires.

Le volet concernant le remplacement de l'héparjet dans les cathéters à demeure comporte une directive relative au matériel nécessaire pour appliquer cette technique d'une façon justifiée sur le plan médical.

Ces directives figurent en annexe 2

1.2.1.5. Directives relatives aux soins de plaie(s) ⁴

2. 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 : o cutanée o médicamenteuse: si données médicales à ce sujet disponibles (nom du médecin et date à laquelle les données ont été obtenues)
- o alimentaire
- ° Facteurs aggravants ou potentiellement aggravants :
- o état nutritionnel
- o état d'hydratation o d'origine médicale (par exemple : insuffisance cardiaque, artérite, ...)

⁴ <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infirmiers-relais-directives-soins-plaies.pdf>

- o d'origine thérapeutique (par exemple : médicaments anti-inflammatoires et anti-infectieux, chimiothérapie, ...)

- o perte de mobilité

- o autres (à spécifier)

- o 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

1.2.2 Argumentation

En l'espèce, il s'agit de prestations de l'article 8, § 1er, 1°, I, II, VIII et 2°, I, II, VIII de la nomenclature des prestations de santé (NPS), portées en compte au nom de 5 assurés alors que le dossier infirmier ne correspond pas aux exigences du même article 8 §3, 5° de la NPS.

Il s'agit de 170 prestations pour la période de prestation du 01/02/2022 au 30/04/2022 et de réception à l'OA du 13/03/2022 au 05/05/2022.

Le détail du grief se trouve aux pages 12 à 21 de la note de synthèse.

1.2.3 Conclusion

Le grief concerne 170 prestations.

L'indu correspondant s'élève à 5.829,86 €.

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 20.580,38 euros.

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

2 DISCUSSION

2.1. Moyens de défense :

Madame A. n'a pas fait parvenir de moyen de défense au service d'évaluation et de contrôle médicaux.

2.2. Fondement des griefs :

2.2.1. Sur le bien fondé du grief 1 relatif à des prestations non effectuées :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants:

- Les déclarations des assurées ;
- L'absence de dossiers infirmiers ;
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 9 quater de la loi SSI.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le grief 1 est établi.

2.2.2. Sur le bien fondé du grief 2 relatif à des prestations non conformes :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants:

- les déclarations de plusieurs assurés
- l'absence de remise des dossiers infirmiers demandés à Mme A. par le SECM
- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 9 quater de la loi SSI.

Par conséquent, au regard de ces éléments, le grief 2 est établi.

2.3. Quant à l'indu

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 20.580,38 €.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner Madame A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1er, alinéa 1er, 1° et 2°, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 20.580,38 euros.

Il y a lieu :

- de condamner Madame A. à rembourser l'indu, en application des articles 142, §1er, 1° et 2° de la loi SSI, soit la somme de 20.580,38 €.

2.4 Quant à l'amende

2.4.1 Quant au régime de l'amende administrative

Les mesures prévues à l'articles 142, §1er, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour les prestations non effectuées (grief n°1), le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement ;
- et, pour les prestations non conformes (grief n°2), le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150 % du montant du remboursement.

2.4.2 Quant à l'amende administrative

Concernant l'application d'une amende administrative, deux éléments doivent être réunis: un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel consiste dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

En ce qui concerne l'élément moral, il existe des infractions dites « réglementaires » pour lesquelles «le législateur n'a pas expressément prévu, comme condition de l'existence de l'infraction, une intention ou un défaut de prévoyance ou de précaution »⁵.

Ces infractions sont prévues par des lois qui « punissent la simple violation matérielle de leur prescription. Elles ne recherchent que l'acte lui-même, le punissent dès qu'il est constaté et ne s'enquière ni de ses causes, ni de la volonté qui l'a dirigé »⁶.

Dès lors, « la responsabilité pénale en droit social n'est souvent subordonnée qu'à deux conditions : la transgression matérielle et l'imputabilité, les délits en cette matière étant généralement des délits réglementaires ne requérant aucun élément moral particulier sauf exceptions. Ainsi, [le fait réprimé] est constitutif d'infraction par le seul fait de la transgression de la prescription légale, abstraction faite de l'intention de l'auteur ou de sa bonne foi. Toutefois, (...) la responsabilité de l'auteur de l'acte ne peut être retenue que si le juge constate en outre que l'acte peut lui être imputé. Toute infraction, qu'elle soit ou non réglementaire, doit être le résultat de l'activité libre et consciente de son auteur »⁷.

⁵ F. KEFER, Précis de droit pénal social, 2e éd., Limal, Anthémis, 2014, p. 68, §61.

⁶ Idem

⁷ C.trav. Mons, 26 juin 2007, J.T.T., 2008, p. 146

Les infractions prévues par l'article 73bis de la loi SSI constituent des infractions réglementaires. En effet, elles ne nécessitent pas une volonté particulière de celui qui la commet (*« il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés (...) de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents [non réglementaires] »*).

En l'espèce, la matérialité des faits est établie.

2.4.3. Quant au quantum de l'amende administrative

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Madame A. pour les prestations non effectuées.

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins⁸.

En attestant des prestations alors qu'elle ne les avait pas réalisées, Madame A. a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Madame A. (366 prestations), du caractère élevé de l'indu en cause (14.750,52 €), de la durée de la période infractionnelle (16 mois), de l'expérience de Mme A. (elle exerce son activité professionnelle en tant qu'infirmière indépendante depuis septembre 2019), de la clarté de la nomenclature et de l'absence de remboursement de l'indu, Madame A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Madame A., au titre du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 150 % du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1er, 1°), soit 22.125,78 euros.

Il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressée. Cela justifie que l'amende administrative de 22.125, 78 euros soit assortie d'une mesure de sursis de 3 années pour un tiers de l'amende.

En conséquence, eu égard à l'ensemble des éléments susmentionnés, le fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

- du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 150 % du montant des prestations induement attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1er, 1°), soit 22.125,78 euros dont 2/3 en amende effective (14.750, 52 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (7.375,26 euros) ;

⁸ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

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 établis les griefs reprochés à Madame A. ;
- Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 20.580,38 ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 150% du montant des prestations non effectuées indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142, §1er, 1°) soit 22.125,78 € dont 2/3 en amende effective (14.750,52) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (7.375,26);
- 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.

Ainsi décidé à Bruxelles, le (date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,