

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 6 MARS 2017
BRS/F/16-031**

Concerne : **Monsieur A.**
Médecin - spécialiste en psychiatrie
Société civile SPRL B.

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 concernant le Docteur A. et la Société B. 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 d'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, plus précisément des prestations de code de la nomenclature 109631 non effectuées.

Il s'agit d'une infraction visée à l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et tombant sous l'application du prescrit de l'article 142 § 1^{er}, 1° de ladite loi.

1.1. Base légale

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

Article 2

Dans la présente Loi Coordonnée, on entend:

(...)

n) par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions. Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 73bis et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé;

Art 73bis

Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er} :

1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies (...)

Article 142

§ 1^{er}. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

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 p.c. et 200 p.c. du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1° (...)

1.2. Prestations en cause

Nomenclature des prestations de santé, Article 2

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

"I. – Psychothérapies"

(...)

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 30.11.2003" (en vigueur 1.1.2005)

" 109631 Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel N 30 + Q 90 "

1.3. Argumentation

Le constat de l'infraction résulte essentiellement de la confrontation des données des organismes assureurs (O.A.) (données authentifiées conformément aux dispositions de l'article 138 § 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) avec les auditions des assurés concernés.

CAS 1. Monsieur C.

Les prestations attestées pour la période du 3/1/2014 au 30/9/2014 (date de réception à l'O.A.) l'ont été via le système du tiers payant et sont toutes reprochées.

Il s'agit de 60 prestations pour un montant de 4.017,40 € (elles ont toutes été facturées à l'assurance soins de santé en tiers payant).

Le caractère non effectué des prestations attestées par le Dr A. au nom de Monsieur C. ressort de l'audition du 22/07/2014 de ce dernier au home ...:

« Je voyais le docteur A. quand il venait pour ma compagne 3 à 4 fois par an, il ne s'est jamais occupé de moi. Je confirme avec certitude qu'il ne s'est jamais occupé de moi ».

CAS 2. Madame D.

Les prestations attestées pour la période du 3/1/2014 au 30/9/2014 (date de réception à l'O.A.) l'ont été via le système du tiers payant et sont toutes reprochées, sauf 4 prestations correspondant au nombre maximal de visites que le Dr A. a rendues à Madame D. dans son home.

Les dates des prestations non reprochées ont été choisies de manière aléatoire.

Il s'agit de 72 prestations pour un montant de 4.548,76 € (elles ont toutes été facturées à l'assurance soins de santé en tiers payant).

Le caractère non effectué des prestations attestées par le Dr A. au nom de Madame D. ressort de l'audition du 22/07/2014 de cette dernière au home ...:

« Je voyais parfois le Docteur A. chez moi à la maison avant de venir au home.

Il venait depuis des années à la maison chez nous, envoyés par le Docteur E.

Au début (il y a presque 15 ans) je suis allée chez lui quelque fois.

Il venait une fois tous les 3 à 4 mois, je crois pour bavarder et pour voir comment ça allait. Il ne venait certainement pas plus.

Je lui donnais des vignettes, je lui donnais une feuille de vignettes. »

...

Depuis que je suis ici, il est venu deux fois.

A la question que vous me posez de savoir si c'est possible de l'avoir vu entre cent et deux cents fois sur les deux dernières années, je vous réponds, c'est absolument impossible. »

Ceci est confirmé par :

- ✓ L'audition du 22/07/2014 de Monsieur F., infirmier chef ... où résident Monsieur C. depuis le 22/11/2013 (venant d'un séjour en revalidation et Madame D. depuis le 29/11/2013, venant d'un séjour à la côte chez sa fille depuis le 29/11/2013. (cfr copie des dossiers médicaux)

« Il n'y a jamais de médecins spécialistes qui viennent ici, hormis les neuropsychiatres, qui viennent sur demande du médecin traitant.

Je peux estimer sur l'année 2013, 2 à 3 passages pour un patient, pour le psychiatre. Cette année depuis janvier 2014, je peux estimer à 2 à 3 passages de psychiatres.

Je n'ai jamais rencontré le Docteur A., il ne suit en principe pas de patient ici.

J'ai été au courant que le Docteur A. est passé voir Monsieur C. et Madame D. une fois ici, car j'ai été prévenu par téléphone.

Je cherche dans mon carnet la date de passage, je ne trouve pas.

J'ai connaissance qu'il est passé une seule fois. »

- ✓ La consultation des dossiers médicaux de ces 2 patients à la ... (pièces jointes en annexe du PVA du 22/07/2014 de Monsieur F.) ne montre aucune trace de passage du Docteur A., tant concernant une demande du médecin traitant, que concernant une note lors d'un possible passage du Docteur A.

CAS 3. Madame G.

Les prestations attestées pour la période du 3/1/2014 au 30/9/2014 (date de réception à l'O.A.) l'ont été via le système du tiers payant et sont toutes reprochées, à l'exception de 2 par mois.

Les prestations non reprochées correspondent à des visites à domicile.

Les dates des prestations non reprochées ont été choisies de manière aléatoire, sauf une (9/7/2014).

Il s'agit de 57 prestations pour un montant de 2.885,73 € (elles ont toutes été facturées à l'assurance soins de santé en tiers payant).

Le caractère non effectué des prestations attestées par le Dr A. au nom de Madame G. ressort de l'audition du 18/07/2014 de cette dernière, à son domicile :

« A partir de septembre 2006 mais très certainement depuis 2007, je ne suis plus allée au cabinet du Dr A., ni à ..., ni ailleurs, mais c'est lui qui vient à mon domicile par gentillesse.

Il continue à venir à raison de 2 x/mois et me prévient la veille de l'heure de son passage qui n'est jamais fixe ; il vient parfois le matin, parfois l'après-midi. Ca dépend de sa tournée car je sais qu'il voit également d'autres patients que moi à leur domicile.

Je vous répète que depuis 2007 certainement jusque maintenant en 2014, il vient à mon domicile à raison de 2 x/mois.....

Donc, pour résumer, il vient chez moi à raison de 2 x/mois pour un entretien de une à deux heures et il me prévient lui-même la veille de son passage.

Je n'ai jamais payé moi-même d'honoraires au Dr A. et ce depuis 2003 lors de ma première prise en charge.

Je ne lui ai jamais donné un euro.

Par contre, quand il vient chez moi, je lui donne ma feuille de vignettes de mutuelle et il en prend plusieurs à chaque passage et à sa convenance.....

Vous me faites remarquer que dans le rapport du Dr A. du 22-05-2013 que je vous ai autorisé à emporter, il est fait mention d'un « suivi psychiatrique et les entretiens psychothérapeutiques se continuent à raison de deux entretiens par semaine ».....

Vous me dites que dans le rapport le Dr A. parle d'entretiens psychothérapeutiques 2 x/semaine alors que selon mes déclarations il ne me rend visite que 2 x/mois. Il n'est d'ailleurs plus venu me voir depuis le 09-07-2014 et nous sommes le 18-07-2014.

Je vous réponds que, soit :

- *il s'agit d'une erreur dans le rapport* *soit*
- *il compte en plus des visites à domicile 2 x/mois les courts entretiens téléphoniques intermédiaires.*

Je n'ai pas d'autre explication à vous fournir à ce propos. »

Remarques :

1) Vu la prescription biennale, des prestations n'ont pu être reprochées que pour 3 patients malgré que constatées pour un plus grand nombre de patients.

Seuls des assurés n'étant plus en traitement chez le Dr A. ont été auditionnés

2) Il est à remarquer que les prestations 109631 retenues sous ce grief (non effectué) dans le cas de ces 3 patients n'étaient pas attestables pour cause de non-conformité. En effet, les prestations n'ont pas eu lieu au cabinet du psychiatre mais bien au domicile du patient. Dans cette condition, la prestation 109631 n'est pas attestable. Le grief de non-conformité n'a pas fait l'objet d'un PVC.

1.4. Position et justification du dispensateur de soins

Le Docteur A. a remboursé l'indu reproché de 11.451,89 EUR avec la mention «POUR REGLEMENT TRANSACTIONNEL ET SANS RECONNAISSANCE PREJUDICIELLE ».

1.5. Conclusion

Le grief est formulé pour 169 prestations concernant 3 assurés, pour un montant indu total de 11.451,89 EUR.

La période des prestations litigieuses s'étend du 13/11/2013 au 31/08/2014 (date d'introduction aux organismes assureurs du 03/01/2014 au 30/09/2014).

Le Dr A. a signé l'invitation au remboursement volontaire le 01/02/2016, avec mention : « Pour règlement transactionnel et sans reconnaissance préjudiciable ».

La Société B. a procédé au remboursement total de l'indu le 09/03/2016.

2. DISCUSSION

2.1. Quant au fondement du grief unique relatif à des prestations non effectuées

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés, notamment sur base :

- des déclarations de l'assuré ou de proches ;
- des éléments recueillis, pour deux des trois assurés, au sein de ...;
- de la reconnaissance du grief dans ses moyens de défense par le Dr A.

2.1.1. Les moyens de défense soulevés par le Dr A.

Le Dr A. répond par 47 pages à la note de synthèse (NDS) de 12 pages du SECM.

Il reprend point par point ce qui y figure tant pour les prestations ayant fait l'objet du constat que pour celles figurant dans la NDS mais non reprises à grief, car prescrites.

Dès la 1^{ère} page de son mémoire, il écrit :

« je reconnais avoir facturé des prestations de psychothérapie de 45 minutes non effectuées et ayant été facturées par le système du tiers payant.

J'ai commis une infraction par rapport aux prescrits légaux et en assume les conséquences ».

Il fait des commentaires sur ce que le SECM a écrit dans la NDS sur la méthode d'enquête.

Puis il reprend assuré par assuré pour commenter et tenter d'expliquer le pourquoi de l'infraction commise.

Concernant le 1^{er} assuré, il donne des éléments relatifs à son passage pour voir l'assuré (il a vu le personnel déposant le repas, le kiné)

Il reconnaît avoir commis l'infraction concernant cet assuré (§27).

Il insiste sur la difficulté présentée par le caractère et le comportement des patients, sur les temps de déplacement très longs à

Il invoque ensuite sa bonne foi et son ignorance totale de l'impossibilité de recourir au code de psychothérapie à domicile du patient lorsque son état le nécessitait (§30 à 33).

Pour la 2^e assurée, il reconnaît avoir compté régulièrement deux visites pour un passage, voire trois quand il y avait beaucoup d'embouteillages (§ 42). Il tente aussitôt après de minimiser son acte en disant que c'est une pratique courante. Il évoque ensuite le lourd contexte entourant la patiente.

Il se réfère aux prescriptions médicamenteuses pour témoigner d'un suivi régulier de la patiente (§53). Il évoque aussi le fait d'avoir croisé le kiné, la voisine, des aides à domicile, le personnel déposant le repas, le personnel de la maison de repos et de soins qu'il aurait interpellé (§54 à 58).

Il cherche à remettre en cause l'audition de la patiente en raison de la présence du compagnon qui aurait une lourde influence sur l'assurée.

Il indique ne pas avoir eu connaissance de l'existence d'un « carnet de passage ». Il renvoie au dossier médical interne de la maison de repos pour prouver son passage par une prescription d'un médicament le 24/03/2014 (§60 à 64).

Concernant la 3^e assurée, il reconnaît avoir compté régulièrement deux visites pour un passage, en raison des embouteillages (§67). Il indique avoir ensuite proposé des visites plus longues à la patiente pour faire moins de trajet et il indique alors avoir compté les attestations de soins en fonction des 90 à 120 minutes consacrées à la consultation (§68).

A partir de septembre 2014, il a cessé de comptabiliser les prestations de psychothérapie à domicile, compte tenu de leur interdiction (§71).

Il évoque enfin les visites de 2015 et 2016 de la patiente (§72 à 78).

De la page 12 à 43 (§85 à 291), le Dr A. développe des moyens de défense relatifs aux constatations non visées au PVC (problème de prescription), de sorte que ces éléments ne sont pas repris car hors débat.

Il reconnaît ses erreurs (voir § 186 et 187, 292, 293, 294, 318).

Enfin, il affirme avoir modifié sa pratique et avoir une pratique conforme à la réglementation (§ 292 à 316).

2.1.2. Sur le bien fondé du grief unique relatif à des prestations non effectuées

En début d'enquête, uniquement des assurés qui n'étaient plus en traitement chez le Dr A. ont été auditionnés (§81 des moyens de défense). Lors du choix des patients à auditionner, il n'a pas été tenu compte de la prescription biennale.

2.1.2.1. Sur le grief en lui-même

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne peut que relever qu'à plusieurs reprises et pour chacun des assurés visés par le grief, **le Dr A. reconnaît avoir attesté des prestations non effectuées** (§1 à 3, 27, 42, 67 des moyens de défense).

Il invoque les temps de déplacement pour justifier avoir attesté deux à trois visites, de sorte qu'il est manifeste qu'il est permis d'admettre que les visites attestées ne correspondent pas toutes à des visites réelles, ce qui ne peut nullement remettre en cause le bien-fondé du grief.

La Nomenclature étant de stricte interprétation et les prestations attestées devant correspondre à la réalité, ces éléments sont suffisants pour asseoir le grief.

La recherche de la délivrance des médicaments, pour l'assuré C., a été réalisée dans les banques de données en possession du SECM. Pour la période du 18/05/2012 au 31/12/2014 (date de délivrance), un seul médicament a été délivré sur prescription du Dr A. Il s'agit du Risperdal délivré le 5/08/2013. Aucun autre antipsychotique n'a été délivré à Mr C. pour la période (§22).

En réponse au §23 des moyens de défense, Monsieur F., infirmier chef ... où réside Monsieur C., a déclaré qu'il était au courant que le Dr A. était venu une fois à la Résidence puisqu'il avait été prévenu par téléphone. Il y a d'ailleurs trace du passage du Dr A. dans le dossier médical de la ... en dd 24/03/2014.

« Je n'ai jamais rencontré le Docteur A., il ne suit en principe pas de patient ici.

J'ai été au courant que le Docteur A. est passé voir Monsieur C. et Madame D. une fois ici, car j'ai été prévenu par téléphone.

Je cherche dans mon carnet la date de passage, je ne trouve pas.

J'ai connaissance qu'il est passé une seule fois. »

Le Dr A. fait allusion à des dates qui sont hors délais d'enquête, donc il n'y est pas répondu.

Pour Mme D., il n'y a aucun médicament délivré sur base d'une prescription par le Dr A. pour 2013-2014. Il n'y a aucune trace du passage du Dr A. dans le dossier médical de Mme D. à la

Pour Mme G., il n'y a aucun médicament délivré sur base d'une prescription par le Dr A. pour 2013-2014.

Le Dr A. procède beaucoup par affirmations et n'étaye pas ses dires. Par exemple, il affirme péremptoirement être passé et avoir croisé le personnel qui dépose les repas, les kinés, mais aucun élément n'appuie ses dires.

De même, le Dr A. ne donne aucun élément précis relatif aux consultations qui auraient été réellement effectuées et qui sont retenues à grief, de sorte que le bien fondé du grief n'est pas remis en cause.

Le SECM a quant à lui fondé son grief sur les auditions des assurés. Ces derniers qui ne sont plus en traitement avec le Dr A. n'avaient aucun intérêt à déclarer des absences de soins.

Dans des cas où le dispensateur de soins met en cause la fiabilité des auditions des assurés, la Chambre de recours instituée auprès de l'INAMI a déjà été appelée à décider que :

- Malgré sa mémoire défaillante, l'assurée peut avoir des souvenirs précis de certains faits (étaient en cause des prestations non effectuées). La Chambre de recours relève la contradiction entre les propos des assurés recueillis lors de l'enquête et ceux recueillis par le dispensateur pour la procédure : le juge apprécie la valeur des attestations produites¹.
- La Chambre de recours apprécie souverainement les faits au regard des éléments qui lui sont présentés par le requérant et le défendeur².

Les déclarations des personnes auditionnées par le SECM sont claires et précises.

Pour les trois assurés, le Dr A. écrit qu'il a tarifé 2 voire 3 consultations à la place d'une seule, soit parce qu'il était retardé dans les bouchons, soit parce que le trajet durait trop longtemps, soit parce que la consultation a duré 90 à 120 minutes. Or l'analyse des dossiers médicaux en possession du SECM des assurées D. et G. (le dossier C. n'a pas été saisi), il est constaté que toutes les dates de consultations tarifées correspondent à une date de consultation assortie d'un commentaire dans le dossier médical comme si une consultation avait bien eu lieu à chaque date de la consultation tarifée. Jamais il n'est indiqué que 2 ou 3

¹ Chambre de recours, 16.03.2011, FB-004-07,
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/Jurisprudence_cr_sage_femme_infirmier_20120112.pdf

² Chambre de recours, 17.01.2013, FB-008-11,
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20130117_03.pdf

dates tarifées concernent une seule consultation. Ceci démontre que les dossiers ne sont pas fiables. Ces dossiers médicaux semblent avoir été écrits d'un seul jet et ne donnent pas des informations qui recourent ce que le Dr A. a écrit dans ses moyens de défense. Il faut néanmoins souligner que le Dr A. peut effectivement avoir noté des éléments dans les dossiers des patients sans les avoir vus étant donné qu'il téléphonait sans cesse aux patients et qu'il a pu ainsi récolter les éléments lors des communications téléphoniques (cf procès-verbal d'audition de Monsieur H.).

2.1.2.2. Sur les autres éléments évoqués par le Dr A.

La période infractionnelle du 03/01/2014 au 30/09/2014 concerne la période de l'ensemble des prestations du PVC. Pour Monsieur C., les prestations vont du 25/11/2013 au 30/06/2014 avec date de réception aux OA du 03/01/2014 au 08/07/2014. Pour Mme D., les prestations vont du 31/10/2013 au 31/08/2014 avec date de réception aux OA du 3/01/2014 au 18/09/2014. Pour Madame G., les dates de prestations vont du 7/01/2014 au 31/08/2014 avec date de réception du 28/02/14 au 30/09/14.

Le SECM reconnaît qu'une erreur matérielle (facilement rectifiable sur base de la note de synthèse) s'est glissée à savoir que trente assurés ont bien été auditionnés et non 29 (§17 des moyens de défense).

Des irrégularités ont été citées à la note de synthèse mais la prescription biennale a empêché de dresser procès-verbal (§86 des moyens de défense).

Concernant la transmission des éléments relatifs à l'enquête à des tiers (§19 des moyens de défense), le Docteur A. a été auditionné en septembre et octobre 2014 et le rapport a été transmis à l'Ordre des médecins ainsi qu'à la Commission Médicale Provinciale en juillet 2016. Lors de l'audition du Docteur A., il n'était pas encore envisagé de transmettre un rapport à l'ordre des médecins.

L'audition de Mme I., infirmière chef du ... se retrouve dans les pièces du dossier mais ne concerne aucun cas repris au PVC.

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

2.2. Quant à l'indu

Le grief unique soulevé dans le cadre du présent dossier a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 11.451,89 €.

Le 05/01/2016, un formulaire d'invitation au remboursement volontaire a été envoyé par recommandé au Dr A.

Le 01/02/2016, le Dr A. a signé l'invitation au remboursement volontaire en apportant la mention : « *pour règlement transactionnel et sans reconnaissance préjudiciable* ».

La Société « B. » a perçu l'ensemble des remboursements litigieux.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, la Société « B.» doit être condamnée solidairement avec le Dr A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

Il y a lieu :

- d'ordonner que le Dr A. et la Société « B. » soient condamnés solidairement à rembourser l'indu, en application des articles 142, §1^{er}, 1^o et 164, al. 2 de la loi ASSI, soit la somme de 11.451,89 €.
- de constater que le 09/03/2016, la Société « B. » a remboursé la totalité de l'indu (11.451,89 €).

2.3. Quant à l'amende

2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative

Les mesures prévues à l'article 142, §1^{er}, 1^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour le grief unique (prestations non effectuées) : 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 de la valeur des prestations concernées (article 73bis, 1^o et article 142, §1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;

2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative

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 soins.

En attestant des prestations alors qu'il ne les avait pas réalisées, le Docteur 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 important de prestations non effectuées attestées par le Docteur A. (169 prestations), de la durée de la période concernée par l'enquête qui est assez courte (9 mois), du caractère élevé de l'indu en cause (11.451,89 €) et de la clarté du code de la nomenclature utilisé par le Docteur A., ce dernier 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 du Docteur A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150% du montant des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 17.177,83 € (indu de 11.451,89 €).

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 unique établi ; |
|------------------------------------|

- Condamne le Dr A. et la Société « B. » à rembourser solidairement (L.C., 14.07.1994, art. 164, al.2) la valeur des prestations indues s'élevant à 11.451,89 € mais constate que l'indu a été intégralement remboursé ;
- Condamne le Dr A. une amende administrative de 150% du montant des prestations non effectuées indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C., 14.07.1994, art.142, §1^{er}, 1^o), soit 17.177,83 €.
- 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 06/03/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général