

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 22 JANVIER 2026

N° de rôle : BRS/F/25-005

Concerne : A.

Dentiste

N° INAMI : ...

SRL B.

N°BCE : ...

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

Trois griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Monsieur A. et la SRL B., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il leur 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'article 73bis, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

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.

Art. 22 de la LC du 14/07/1994 qui prévoit :

« Le Comité de l'assurance :

(...)

11° élabore les règlements visés par la présente loi coordonnée concernant, notamment, les conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance soins de santé et fixe les conditions auxquelles est subordonné le remboursement des prestations de santé visées à l'article 34 ;

... ».

28 JUILLET 2003. - Règlement portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

CHAPITRE III. - Des attestations de soins et de fournitures.

Art. 6

(...)

§ 8. Le numéro INAMI d'identification, d'inscription ou d'agrément, visé au présent article et dans les annexes auxquelles celui-ci réfère, est le numéro d'identification établi pour chaque dispensateur de soins selon des règles fixées par le Comité de l'assurance.

§ 9. Le cachet, utilisé sur le modèle figurant aux annexes 1, 8, 10, 26, 26/2, 30 ou 31 comporte de façon lisible au moins le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins.

§ 10. Le remboursement de l'assurance soins de santé n'est accordé qu'à la condition que l'attestation de soins donnés ou de fourniture ou la note d'hospitalisation délivrée porte le numéro d'identification du dispensateur de soins, numéro d'identification visé au § 8 du présent article.

Lorsque le numéro d'identification de plusieurs dispensateurs de soins est mentionné, il y a lieu d'indiquer de façon précise quelles prestations ont été effectuées par chacun des dispensateurs de soins.

1.1.2. Argumentation :

Il apparait que des prestations non effectuées ont été portées en compte à l'assurance soins de santé alors que Mr A. était en congé.

Il s'agit de 25 prestations pour la période de prestation du 13/11/2021 au 15/11/2022 et de réception à l'OA du 12/05/2022 au 12/04/2023.

Le détail du grief se trouve aux pages 17 à 21 ainsi qu'aux pages 31 à 46 de la note de synthèse.

1.1.3 Conclusion

Le grief concerne 25 prestations.

L'indu correspondant s'élève à 941,50 euros.

1.2 Deuxième grief

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des 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

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

1.2.1 Base réglementaire

Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

CHAPITRE I – GENERALITES Art. 1.

(...)

A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 20.1.2020" (en vigueur 1.3.2020)

§ 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 rapports, documents, tracés, graphiques comme indiqué dans l'alinéa suivant, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins cinq ans. Les données doivent être immédiatement disponibles pour les contrôles prévus par la loi.

A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 20.1.2020" (en vigueur 1.3.2020)

Pour les prestations 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 la prestation.

(...)

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) "

§ 2. Prestations a partir du 18e anniversaire:"

(...)

"A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.6.2010) + "A.R. 28.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

"EXTRACTIONS

(...)

304872 304883 * Extraction d'une dent, y compris la suture éventuelle, à partir du 53^e anniversaire, par dent supplémentaire dans le même quadrant et au cours de la même séance

L 15 P 4

"A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

304872 304883 * Extraction d'une dent, à partir du 50e anniversaire, par dent supplémentaire dans le même quadrant et au cours de la même séance L 15 P 4

(...)

"A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

(...)

301210 301221 *Extraction chirurgicale d'une dent définitive, à l'exclusion des incisives, avec résection de l'os environnant et suture des lambeaux muqueux incisés, à partir du 18e anniversaire jusqu'au 53e anniversaire, dans le cas où le bénéficiaire répond à une des conditions de l'article 6, § 3bis L 63 P 9 "

301210 301221 Supprimée par A.R. 6.6.2022 (en vigueur 1.7.2022)

"A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

(...)

301210 301221 * Extraction chirurgicale d'une dent définitive, à l'exclusion des incisives, avec résection de l'os environnant et suture des lambeaux muqueux incisés, à partir du 18^e anniversaire jusqu'au 50^e anniversaire, dans le cas où le bénéficiaire répond à une des conditions de l'article 6, § 3bis L 63 P 9 "

(...)

Art. 6. Extractions et obturations (...)

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

"§ 3bis. L'intervention de l'assurance pour les prestations 304894-304905, 304916-304920, 301173-301184 et 301210-301221 est uniquement due si l'extraction dentaire est faite dans une des circonstances suivantes :"

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007)

"1) consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

2) préalable à une sanification de la bouche dans le cadre d'une radiothérapie au niveau de la tête ou du cou, une chimiothérapie, une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

3) consécutive à une impossibilité pour le bénéficiaire d'acquérir ou de conserver sans l'aide d'un tiers une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant.

L'invocation d'une de ces conditions d'intervention est de la responsabilité du praticien de l'art dentaire traitant. La motivation en est reprise et conservée par le praticien de l'art dentaire dans le dossier du bénéficiaire, et en plus est confirmée :

- pour le point 1) par une attestation du médecin qui traitait l'affection.

- pour le point 2) par une demande écrite de sanification de la bouche par le médecin traitant la pathologie.

Ces éléments peuvent être réclamés pour consultation par le médecin conseil." (...)

"A.R. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018)

"Une dent ne peut être extraite qu'une fois et cela exclut tout remboursement ultérieur de soins dentaires conservateurs et d'extractions dentaires pour cette localisation dentaire."

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022).

"§ 3bis. L'intervention de l'assurance pour les prestations 304990- 305001, 304916-304920 et 301210-301221 est uniquement due si l'extraction dentaire est faite dans une des circonstances suivantes :"

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007)

"1) consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

2) préalable à une sanification de la bouche dans le cadre d'une radiothérapie au niveau de la tête ou du cou, une chimiothérapie, une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

3) consécutive à une impossibilité pour le bénéficiaire d'acquiescer ou de conserver sans l'aide d'un tiers une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant

L'invocation d'une de ces conditions d'intervention est de la responsabilité du praticien de l'art dentaire traitant. La motivation en est reprise et conservée par le praticien de l'art dentaire dans le dossier du bénéficiaire, et en plus est confirmée :

- pour le point 1) par une attestation du médecin qui traitait l'affection.

- pour le point 2) par une demande écrite de sanification de la bouche par le médecin traitant la pathologie.

Ces éléments peuvent être réclamés pour consultation par le médecin conseil."

"A.R. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018)

"Une dent ne peut être extraite qu'une fois et cela exclut tout remboursement ultérieur de soins dentaires conservateurs et d'extractions dentaires pour cette localisation dentaire."

(...)

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

"§ 3quater. Les prestations de la rubrique «extractions» dans le cas où une suture a été réalisée comprennent tant la suture et le matériel de suture, que l'enlèvement du matériel de suture. "

(...)

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

En cas d'extraction prévue sous 371151-371162, 301151-301162, 301173- 301184, 371195- 371206, 301195-301206 et 301210-301221, toute extraction supplémentaire effectuée dans une même séance et dans le même quadrant donne droit aux honoraires prévus pour la prestation n° 374872- 374883, 304872-304883 ou 304916-304920. De plus, l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par jour pour les prestations 371195-371206, 301195- 301206 en 301210-301221.

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022).

"En cas d'extraction prévue sous 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221, toute extraction supplémentaire effectuée dans une même séance et dans le même quadrant donne droit aux honoraires prévus pour la prestation n° 374872- 374883, 304872-304883 ou 304916-304920. De plus, l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par jour pour les prestations 371195-371206, 301195- 301206 en 301210-301221.

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

L'intervention de l'assurance pour les prestations 371195-371206, 301195-301206 et 301210- 301221 n'est due que si la nécessité de la résection osseuse est démontrée par une radiographie et le protocole de l'intervention. Ces données doivent être conservées par le praticien dans le dossier du patient et peuvent être réclamées, pour consultation, par le médecin-conseil. La radiographie est incluse dans l'honoraire de l'extraction chirurgicale, si celle-ci est réalisée lors de la même séance."

Art.14I les prestations relevant de la spécialité en stomatologie

"A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004) "
317236 317240 + ** Extraction de dent incluse K 75 "

Art.15 REGLES D'APPLICATION RELATIVES AUX PRESTATIONS DE CHIRURGIE

(...)

§ 3. En cas d'interventions chirurgicales multiples exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire, seule l'intervention principale est honorée.

"A.R. 17.4.2002" (en vigueur 1.8.2002)

"§ 4. Lorsque, au cours d'une même séance opératoire, plusieurs interventions sont exécutées dans des champs nettement distincts, l'intervention principale est honorée à cent pour cent et la ou les autres interventions à cinquante pour cent des valeurs indiquées pour ces prestations, à moins que le libellé de la prestation ou les règles de la nomenclature ne le déterminent autrement."

"A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) "

§ 8. Pour les prestations 317236 - 317240, 312314 - 312325, 312336 - 312340, 312351 - 312362, 312373 - 312384, 312395 - 312406, 312410 - 312421 et 312432 - 312443, la radiographie est conservée dans le dossier médical et est mise à la disposition du médecin-conseil sur simple demande. Le remboursement pour extraction d'une dent incluse n'est dû que si un document radiographique établit l'authenticité de l'inclusion."

§ 12. L'intervention de l'assurance est limitée aux prestations prévues à l'article 14, I), 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.

"A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004)

"§ 16. Sous réserve de dispositions contraires, dans l'article 14, I), le concept de quadrant est admis comme champ opératoire dans le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur. Le maxillaire supérieur comprend 2 quadrants. Le maxillaire inférieur comprend 2 quadrants."

Règle interprétative 05 de l'Art.14I

QUESTION

La nomenclature prévoit deux prestations différentes pour le traitement de dents incluses : n° 317236 - 317240 + ** Extraction de dent incluse K 62,5 et n° 312152 - 312163 Désinclusion et extraction d'une dent incluse par résection osseuse péricoronaire et/ou ostéotomie dentaire avec ou sans trépanation préalable K 120.

La prestation n° 317236 - 317240 s'applique-t-elle dans les cas où la dent est restée couverte par la conjonctive et l'épithélium buccal sans qu'elle soit nécessairement incarceration dans l'os ? Il s'ensuit qu'un contrôle radiographique éventuel de la situation ne démontre pas l'inclusion.

REPONSE

La prestation n° 312152 - 312163 K 120 vise le traitement de l'inclusion ou de la rétention d'un élément dentaire moyennant une résection osseuse péricoronaire, et/ou une ostéotomie dentaire, précédée ou non d'une trépanation osseuse, avec désinclusion et extraction de l'élément dentaire de sa position originale. Par contre, la prestation n° 317236 - 317240 K 62,5 vise la dent incluse dans les tissus épithélioconjonctifs.

Date du moniteur : 24/06/2003

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

Articles : 14I ;

Numéro de nomenclature : 312152 ; 312163 ; 317236 ; 317240 ;

Règle interprétative 19 Art14I (idem art 5 et 6 Généralités RI 2)

QUESTION

Les prestations de l'article 5 (nomenclature des soins dentaires) affectées de la lettre-clé L peuvent être cumulées et attestées à 100% lorsqu'elles sont effectuées lors d'une même séance. Le cas échéant, l'interdiction de cumul est mentionnée expressément. Cette règle est-elle également d'application pour les prestations précédées du signe "+" de l'article 14 I), accessibles aux praticiens de l'art dentaire? REPONSE

Si, lors d'une même séance, plusieurs prestations de l'article 5 et de l'article 14 I) sont exécutées, les numéros de l'article 5 peuvent être attestés à 100 % (sauf interdiction de cumul); la prestation principale de l'article 14 I) peut être attestée à 100 %, d'autres prestations de l'article 14 effectuées dans le même champ opératoire que la prestation principale ne peuvent être attestées; des prestations accessoires de l'article 14 I), effectuées en dehors du champ opératoire de la prestation principale peuvent être attestées à 50 %.

Date du moniteur : 24/06/2003

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

Articles : 5 ; 14I ;

Règle interprétative 02 de l'Art.5

Extractions – Règle interprétative 02

QUESTION

Comment peut-on attester l'extraction d'une racine dentaire ?

REPONSE

L'extraction d'une racine dentaire est assimilée à une extraction dentaire normale. En aucun cas, elle ne peut être assimilée à une extraction de dent incluse (317236 - 317240).

Date du moniteur : 12/05/2006
Date de prise d'effet : 01/09/2005
Articles : 5 ; 6 ;
Numéro de nomenclature : 317236 ; 317240 ;

1.2.2 Argumentation

En l'espèce, il s'agit d'extractions chirurgicales 301210 pour lesquelles les patients ne satisfont pas aux conditions de l'article 6 § 3bis.

Il s'agit de 145 prestations pour la période de prestation du 01/10/2021 au 07/04/2023 et de réception à l'OA du 10/01/2022 au 25/04/2023.

Le détail du grief se trouve aux pages 22 à 26 ainsi qu'aux pages 47 à 91 de la note de synthèse.

1.2.3 Conclusion

Le grief concerne 145 prestations.

L'indu correspondant s'élève à 10.390,43 €.

1.3 Troisième grief

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des 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

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

1.3.1 Base réglementaire

Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

CHAPITRE I – GENERALITES Art. 1.

(...)

A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 20.1.2020" (en vigueur 1.3.2020)

§ 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 rapports, documents, tracés, graphiques comme indiqué dans l'alinéa suivant, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins cinq ans. Les données doivent être immédiatement disponibles pour les contrôles prévus par la loi.

A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 20.1.2020" (en vigueur 1.3.2020)

Pour les prestations 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 la prestation.

(...)

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) "

§ 2. Prestations a partir du 18e anniversaire:"

(...)

"A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.6.2010) + "A.R. 28.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

"EXTRACTIONS

(...)

304872 304883 * Extraction d'une dent, y compris la suture éventuelle, à partir du 53^e anniversaire, par dent supplémentaire dans le même quadrant et au cours de la même séance

L 15 P 4

"A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

304872 304883 * Extraction d'une dent, à partir du 50e anniversaire, par dent supplémentaire dans le même quadrant et au cours de la même séance L 15 P 4

(...)

"A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

301195 301206 *Extraction chirurgicale d'une dent définitive, à l'exclusion des incisives, avec résection de l'os environnant et suture des lambeaux muqueux incisés, à partir du 53^e anniversaire L 63 P 9

301195 301206 Supprimée par A.R. 6.6.2022 (en vigueur 1.7.2022)

"A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

301195 301206 * Extraction chirurgicale d'une dent définitive, à l'exclusion des incisives, avec résection de l'os environnant et suture des lambeaux muqueux incisés, à partir du 50^e anniversaire L 63 P 9

(...)

Art. 6. Extractions et obturations (...)

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

§ 3bis

(...)

"A.R. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018)

"Une dent ne peut être extraite qu'une fois et cela exclut tout remboursement ultérieur de soins dentaires conservateurs et d'extractions dentaires pour cette localisation dentaire."

(...)

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

"§ 3quater. Les prestations de la rubrique «extractions» dans le cas où une suture a été réalisée comprennent tant la suture et le matériel de suture, que l'enlèvement du matériel de suture. "

"A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"Les prestations d'honoraires complémentaires pour suture de plaie peuvent être uniquement portées en compte si elles sont cumulées avec les prestations 374975-374986, 374872- 374883, 374754- 374765, 374776-374780, 304975-304986, 304872-304883, 304990- 305001, 304916-304920, 304754-304765, 304776-304780 et s'il n'y a pas de cumul avec une prestation chirurgicale de l'article 14 I) dans le même champ opératoire. "

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

En cas d'extraction prévue sous 371151-371162, 301151-301162, 301173- 301184, 371195- 371206, 301195-301206 et 301210-301221, toute extraction supplémentaire effectuée dans une même séance et dans le même quadrant donne droit aux honoraires prévus pour la prestation n° 374872- 374883, 304872-304883 ou 304916-304920. De plus, l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par jour pour les prestations 371195-371206, 301195- 301206 en 301210-301221.

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

En cas d'extraction prévue sous 371151-371162, 301151-301162, 301173- 301184, 371195- 371206, 301195-301206 et 301210-301221, toute extraction supplémentaire effectuée dans une même séance et dans le même quadrant donne droit aux honoraires prévus pour la prestation n° 374872- 374883, 304872-304883 ou 304916-304920. De plus, l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par jour pour les prestations 371195-371206, 301195- 301206 en 301210-301221.

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

L'intervention de l'assurance pour les prestations 371195-371206, 301195-301206 et 301210- 301221 n'est due que si la nécessité de la résection osseuse est démontrée par une radiographie et le protocole de l'intervention. Ces données doivent être conservées par le praticien dans le dossier du patient et peuvent être réclamées, pour consultation, par le médecin-conseil. La radiographie est incluse dans l'honoraire de l'extraction chirurgicale, si celle-ci est réalisée lors de la même séance."

1.3.2 Argumentation

En l'espèce, il s'agit d'extractions chirurgicales 301195 facturées plus d'une fois par jour pour le même assuré alors que le §3 quater de l'art 6 de la nomenclature ne permet que de l'attester une fois par jour.

Il s'agit de 5 prestations, pour la période de prestation du 07/06/2022 au 23/12/2022 et de réception à l'OA du 10/08/2022 au 24/12/2022.

Le détail du grief se trouve aux pages 27 à 29 de la note de synthèse.

1.3.4 Conclusion

Le grief concerne 5 prestations.

L'indu correspondant s'élève à 250,00 €.

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 11.581,93 euros.

La SRL B. a procédé au remboursement partiel (250 euros) de l'indu le 14/06/2024.

2 DISCUSSION

2.1 Moyens de défense

Monsieur A. et la SRL B. n'ont 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 aux prestations non effectuées :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°1 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants :

- La confrontation des données de facturation avec les dates de congé fournies par Monsieur A. ;
- Les attestations de soins dispensés papier originales qui ont été transmises aux organismes assureurs ;
- Les déclarations du concepteur et développeur du logiciel dentaire C.

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

2.2.2 Sur le bien fondé du grief 2 relatif aux prestations non conformes :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°2 sont réunis et prouvés notamment au regard des éléments suivants :

- L'analyse des données de facturation ;
- Les déclarations de Monsieur A. lors de son audition du 25/10/2023 ;
- Les pièces transmises par le dispensateur de soins le 18 juin 2024.

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

2.2.3 Sur le bien fondé du grief 3 relatif aux prestations non conformes :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°3 sont réunis et prouvés sur la base de l'analyse des données de facturation.

Le troisième grief 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 11.581,93 €.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner Monsieur 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 11.581,93 euros.

La SRL B. a perçu les remboursements litigieux.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi SSI, la SRL B. doit être condamnée solidairement avec Monsieur A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

Il y a lieu :

- de condamner solidairement Monsieur A. et la SRL B. à rembourser l'indu, en application des articles 142, §1er, 1° et 2° et 164, al.2 de la loi SSI, soit la somme de 11.581,93 €.
- de constater que la SRL B. a remboursé la somme de 250 euros.

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 (griefs 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 (griefs n°2 et n°3), 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 »*¹

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'enquêtent ni de ses causes, ni de la volonté qui l'a dirigé »*².

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*

¹ F. KEFER, Précis de droit pénal social, 2e éd., Limal, Anthémis, 2014, p. 68, §61.

² Idem

*soit ou non réglementaire, doit être le résultat de l'activité libre et consciente de son auteur »*³.

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

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, Monsieur 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 de la clarté de la nomenclature, du montant de l'indu (941,50 €), de l'expérience professionnelle de Monsieur A. (diplômé depuis 2009) et de ses antécédents, Monsieur A. a lésé l'assurance soins de santé et donc la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 50 % du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1°), soit 470,75 € (indu de 941,50 €).

Concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins médicaux, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement⁴ car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins⁵.

Le respect des conditions posées par la nomenclature, concernant notamment les conditions particulières requises pour pouvoir attester le code 301210 pour les extractions chirurgicales est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

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

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

³ C.trav. Mons, 26 juin 2007, J.T.T., 2008, p. 146

⁴ Cass. 20/11/2017, C.15.0213.N

⁵ C.arb, 30/01/2002, n°26/2002; c.arb, 12/06/2002, n°98/2002; c.arb 12/03/2003, n°31/2003; C.const. 31/01/2019, n°15/2019.

En ne respectant pas les règles entourant notamment les prestations relatives aux extractions chirurgicales, Monsieur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de la clarté de la Nomenclature, du montant de l'indu (10640,43 euros), du nombre de prestations (150 prestations), de l'expérience de Monsieur A. (diplômé depuis 2009) et de ses antécédents, il est justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A., au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 25 % du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 2660,10 euros (indu de 10640,43 euros).

Il est dès lors justifié de prononcer dans le chef de Monsieur A. :

pour le grief n°1 (prestations non effectuées), une amende administrative de 50 % du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1°), soit 470,75 € ,

pour les griefs n°2 et 3 (prestations non conformes), une amende administrative de 25 % du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2°), soit 2660,10 €.

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 Monsieur A. ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 11.581,93 euros ;
- Constate que la SRL B. a remboursé la somme de 250 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 50 % 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 470,75 € ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 25 % du montant des prestations non conformes indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142, §1er, 2°) soit 2660,10 €
- 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,