

Décision de la Chambre de première instance du 3 avril 2025

Numéro de rôle FA-007-24

EN CAUSE DE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,
N° BCE : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur et par Madame
E., juriste.

CONTRE : **Monsieur A.**
médecin généraliste agréé

Comparaissant en personne et assisté de Me C., avocat ;

Et SRL B.
Représenté par Me C., avocat.

Adresse pour toute correspondance

Avenue Galilée 5/01 • 1210 Bruxelles • Tel. : 025249797

Heures d'ouverture des bureaux : de 08:00 à 12:00 heures et de 13:00 à 16:00 heures.

Possibilité de rendez-vous.

Réf. du dossier : 2021-001306-G-03-000-00003

1. LA PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la requête datée du 07.05.2024, par laquelle le Fonctionnaire-dirigeant du SECM saisit la Chambre de première instance, en application des articles 142 et 144 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après dénommée « loi ASSI ») ;
- la note de synthèse établie par le SECM et annexée à la requête ;
- les conclusions du Docteur A. et de la S.R.L. B., datées du 07.08.2024 ;
- les conclusions du SECM, datées du 31.10.2024.

Les parties ont été entendues à l'audience du 20.02.2025. Les débats ont été clos et la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

2. L'OBJET DE LA DEMANDE

Par sa requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer établi le grief suivant :

Grief unique : Article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o (prestations non conformes) :
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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction aux dispositions de l'article 15 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, §1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales (ci-après, « l'arrêté royal du 23 avril 2013 »), dans la mesure où un dispensateur de soins qui a choisi d'exercer dans une maison médicale au forfait ne peut plus dispenser de prestations contre paiement à l'acte, ni dans la maison médicale, ni en dehors de celle-ci, hors exceptions.

Grief déclaré établi pour 3.463 prestations.

- Condamner solidairement le Docteur A. et la S.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indues, soit 91.745,05 € ;

- Condamner le Docteur A. à payer une amende s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations non conformes reprises au grief, soit 22.936,26 € ;
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision contestée, des intérêts au taux légal en matière sociale seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Le Docteur A. et la S.R.L. B. demandent à la Chambre de première instance de dire la demande du SECM :

- A titre principal, non fondée ;
- A titre subsidiaire, fondée mais de :
 - o limiter le montant de l'indu ;
 - o limiter l'amende à 5% du montant de la valeur des prestations indues ;
 - o assortir celle-ci d'un sursis total ;
 - o accorder des facilités de paiement.

3. LES FAITS

Le Docteur A. est un médecin généraliste diplômé en 1977. Il a constitué une S.R.L. B. en 2008.

Il présente un petit antécédent en 2009, pour des prestations non effectuées et non conformes. L'indu est inférieur à 1.000,00 € et un simple avertissement lui a été notifié.

Depuis le 01.06.2016, il travaille en maison médicale, au « Centre F. ».

Le SECM initie une enquête, car l'intéressé présente un important profil d'attestation à l'acte malgré son passage au système de remboursement forfaitaire.

Par un procès-verbal du 08.07.2022, il est constaté l'existence de 3.603 prestations qui ne satisfont pas aux conditions de l'arrêté royal du 23 avril 2013, pour la période du 07.02.2019 au 26.10.2021 (introduction auprès des organismes assureurs du 09.07.2019 au 16.12.2021).

Auditionné le 02.08.2022, il apporte des justifications pour une partie de celles-ci. Le SECM ne retient dès lors que 3.463 prestations qui ne satisfont pas aux conditions de l'arrêté royal du 23 avril 2013, pour un indu de 91.745,05 €.

Par requête du 04.11.2022, le Docteur A. et la S.R.L. B. contestent le procès-verbal de constat. Par une décision du 09.11.2023 (FA-014-22), la Chambre de première instance déclare leur demande irrecevable.

La présente procédure débute par une requête datée du 07.05.2024.

4. LA COMPETENCE

L'article 144 §2 de la loi ASSI dispose que :

« Les Chambres de première instance ont une compétence de pleine juridiction pour connaître :
1° des infractions aux dispositions de l'article 73bis, sous réserve des infractions qui relèvent de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant comme mentionné à l'article 143 ;
2° des recours contre les décisions du Fonctionnaire-dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, prises sur la base de l'article 143, §3 ;
 (...) »

Et l'article 143 de la même loi dispose que :

« §1^{er}. Le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, connaît des contestations relatives :
1° aux infractions visées à l'article 73bis, 1°, 2° et 3°, de la loi si la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 35 000 euros ;
 (...)
§3. En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°, 2°, 3°, 7°, 8°, 9° et 10°, le Fonctionnaire-dirigeant, ou le fonctionnaire désigné par lui, décide de l'application des mesures énoncées à l'article 142 (...).
 (...) »

En l'espèce, la valeur des prestations litigieuses s'élève à 91.745,05 €. Elle est donc supérieure au plafond fixé pour la compétence du Fonctionnaire-dirigeant. La Chambre de première instance est donc bien compétente pour connaître de la demande.

5. LA DISCUSSION

A. Principes

L'article 73bis de la loi ASSI dispose que :

« 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} :
 (...)
2°. de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ;
 (...)
Les documents réglementaires précités visent aussi bien les documents papier que les documents en version électronique conformément à l'article 9bis. »

L'article 15 §2 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 prévoit que (souligné par la Chambre de première instance) :

« Les dispensateurs de soins qui ont conclu un accord aux conditions de l'article 52, §1^{er}, de la loi en vue du paiement forfaitaire de certaines prestations, ne peuvent pas dispenser ces prestations contre paiement à l'acte sauf dans le cas d'exception mentionné au paragraphe précédent ou lorsqu'il s'agit de bénéficiaires non inscrits, dans les cas de participation à des services de garde organisés ou à un service de garde à la porte d'un hôpital.

Une exception peut également être faite pourvu qu'il s'agisse de bénéficiaires non inscrits :

- 1. pour des consultations dans un centre de planning familial ;*
- 2. pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie ;*
- 3. pour une consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités ;*
- 4. pour régler la situation particulière de bénéficiaires non inscrits qui au cours de certaines périodes de l'année séjournent temporairement dans la zone géographique visée à l'article 21, 1^o.*

Les exceptions visées aux points 1^o à 4^o de l'alinéa précédent ne peuvent être accordées qu'après une évaluation méticuleuse décrivant clairement les dispensateurs de soins, l'activité et le groupe cible. Il faut également motiver la raison pour laquelle le paiement forfaitaire n'est pas appliqué dans ces cas. La demande d'octroi des exceptions est soumise à la Commission par les dispensateurs de soins. La Commission communique sa décision motivée aux dispensateurs de soins.

Dans tous les autres cas mentionnés dans les accords et dans lesquels il est dérogé aux rémunérations forfaitaires des médecins, toute possibilité de rémunérer les consultations et visites à l'acte est exclue. »

L'article 142 §1^{er} de la loi ASSI dispose que :

« 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 :

(...)

2^o le remboursement du remboursement indûment attesté à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2^o;

(...) »

L'article 156 §1^{er} de la loi ASSI dispose que :

« (...) les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142 (...) 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 le cas où le débiteur reste en défaut, les organismes assureurs en application de l'article 206bis, §1^{er}, ou l'Administration générale de la perception et du recouvrement en application de l'article 206bis, §2, peuvent être chargés du recouvrement des montants dus.

Le taux d'intérêt légal en matière sociale est fixé à 7%, conformément à l'article 2 §3 de la loi du 5 mai 1865 précitée.

L'article 157 §1^{er} de la loi ASSI dispose que :

« (...) la Chambre de première instance (...) peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142.

Le sursis, d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut. Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve. »

Enfin, l'article 164, alinéa 2, de la loi ASSI dispose que :

« En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins. »

B. Application : matérialité et imputabilité de l'infraction

Arguments non pertinents

Le Docteur A. et la S.R.L. B. invoquent, à titre préliminaire, les arguments suivants :

- A. Il convient de prendre en compte le contexte de la pandémie de Covid-19. Or, la période examinée débute le 07.02.2019 et se termine le 26.10.2021. Les restrictions liées à la pandémie n'ont concerné qu'une petite partie de celle-ci.
- B. La réalité et la qualité des soins donnés est incontestable. Or, celles-ci ne sont pas remises en question. Ce qui pose problème, c'est le respect des conditions de remboursement à charge de l'assurance soins de santé.
- C. La décision (comprendre : la note de synthèse) fait référence à un nombre surprenant de contacts avec certains patients. Or, le SECM reconnaît ne pas en tirer de conséquences quant au grief.

Il s'ensuit que ces arguments ne sont pas pertinents pour l'examen du dossier.

Preuve des infractions

Selon l'article 66, alinéa 1^{er}, du Code pénal social,

« Les procès-verbaux dressés par les inspecteurs sociaux font foi jusqu'à preuve du contraire pour autant qu'une copie en soit transmise à l'auteur présumé de l'infraction et, le cas échéant, à son employeur, dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction. »

Comme le rappelle la doctrine, « la force probante du procès-verbal ne s'étend qu'aux constatations matérielles relevées par les inspecteurs sociaux dans la limite de leurs attributions »¹.

Matérialité du grief

Il ressort des éléments du dossier que le Docteur A. exerce en maison médicale. Il ne peut donc plus porter en compte des prestations à l'acte, sauf exception. Or, il ne se trouve pas dans un des cas d'exception, et n'a de toute façon pas introduit de demande de dispense.

Le Docteur A. et la S.R.L. B. estiment que la décision (comprendre : la requête et la note de synthèse) est « floue et non étayée ».

Or, le procès-verbal de constat du 08.07.2022 mentionne clairement le grief en page 3, cite les bases juridiques en pages 3 à 10 (spécialement l'arrêté royal du 23 avril 2013 en pages 6 et 7) et précise en page 11 que :

« En l'occurrence, le docteur A. a porté en compte un certain nombre de prestations à l'acte hors forfait ne correspondant pas à des exceptions permises selon la réglementation.

Le constat de l'infraction se fonde sur :

- l'analyse des données de facturation ;
- l'absence de demande de dérogation au paiement forfaitaire pour ces prestations. »

Ces phrases sont répétées en page 3 de la requête. Quant à la liste des prestations, elle est reprise aux pages 12 à 69 du procès-verbal de constat.

Il s'ensuit que la requête n'est ni floue, ni non étayée.

Elle se fonde sur les constatations effectuées par un inspecteur social dans le procès-verbal de constat. Celles-ci valent jusqu'à preuve du contraire, laquelle n'est pas rapportée.

Le Docteur A. a donc obtenu indument un remboursement pour 3.463 prestations. Le grief est bien établi.

¹ C-E. CLESSE et J-C. HEIRMAN, *Procédure pénale sociale*, Bruxelles, Larcier, 2020, p. 39, § 74.

Imputabilité

En droit pénal social, la majorité des délits sont considérés comme des infractions dites « réglementaires ». En effet, « 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 »². Ces infractions « 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 »³.

Dès lors, comme le rappelle la Cour de cassation, « l'élément moral de ces délits peut consister (...) en une négligence. L'existence de cet élément moral peut être déduite du simple fait matériel commis et de la constatation que ce fait est imputable au prévenu, étant entendu que l'auteur est mis hors de cause si un cas de force majeure, une erreur invincible ou une autre cause d'excuse sont établis, à tout le moins, ne sont pas dénués de crédibilité »⁴.

L'infraction prévue par les articles 73bis et 142 de la loi ASSI constitue une infraction réglementaire⁵. En effet, elle ne requiert 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] »).

L'auteur de l'infraction peut néanmoins établir l'absence d'activité libre et consciente, en invoquant des causes de justification (commandement de l'autorité, état de nécessité, erreur ou ignorance invincible, etc.). Bien que « l'existence d'une erreur ne fait pas disparaître l'élément moral », « l'auteur sera, dans ce cas, acquitté parce qu'en raison des circonstances, l'acte, qui demeure illicite, ne peut lui être reproché »⁶.

Dès lors,

- Lorsqu'une erreur est invoquée, elle doit être « invincible ». Ceci signifie que l'auteur de l'infraction doit avoir « agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente placée dans les mêmes circonstances que celle où [il] s'est trouvé »⁷. Dans l'appréciation du caractère invincible de cette erreur, « la jurisprudence se montre le plus souvent assez sévère (...). L'erreur dans laquelle le prévenu a versé n'est pas invincible lorsqu'il a négligé de se renseigner auprès de personnes compétentes. S'il a été mal conseillé, même par une personne qualifiée, il n'est pas nécessairement justifié ; encore faut-il que pareil avis l'ait induit dans un état d'erreur

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

³ *Idem*.

⁴ Cass., 24 février 2014, *Pas.*, 2014, p. 488 ; Cass., 21 février 2018, *Chron. D. S.*, 2018, p. 261 ; Cass. 25 avril 2018, *Chron. D. S.*, 2018, p. 264.

Dans le même sens : Cass., 3 octobre 1994, *J.T.*, 1995, p. 26 ; Cass., 27 septembre 2017, *Pas.*, 2017, p. 1743 (en droit du roulage) ; Cass., 9 décembre 2020, R.G. P.20.458.F, <https://juportal.be> (en droit du bien-être animal).

⁵ Voy. notamment les décisions rendues par la Chambre de recours instituée auprès du SECM les 26 juillet 2023 (dossier FB-006-21), 2 août 2023 (dossier FB-004-15), 10 août 2023 (dossier FB-008-22), 20 octobre 2023 (dossier FB-014-22), 4 décembre 2023 (dossier FB-013-22), 14 mars 2024 (dossier FB-005-20), 26 avril 2024 (dossier FB-002-23), 11 juin 2024 (dossier FB-005-23), toutes disponibles sur le site internet de l'INAMI.

⁶ F. KEFER, *op. cit.*, p. 67, §59.

⁷ Cass., 6 septembre 2017, *Pas.*, 2017, p. 1567.

Voy. aussi les décisions citées par C-E. CLESSE, *Droit pénal social*, 3^e éd., Bruxelles, Larcier, 2019, p. 529, §686.

invincible »⁸. Respecter la réglementation est une obligation personnelle du dispensateur de soins⁹, peu importe la complexité du droit social¹⁰.

- Lorsqu'un cas de force majeure est invoqué, celui-ci implique que l'individu « a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister »¹¹ : « la contrainte supprime le libre arbitre. La capacité de résistance de l'auteur est vaincue par les circonstances matérielles ou une menace d'un mal grave et imminent trouvant sa cause dans un événement indépendant de la volonté et de la faute de l'auteur, et que cette volonté n'a pu ni prévoir ni conjurer »¹².

Comme le rappelle l'avocat général D. VANDERMEERSCH, la force majeure « ne peut résulter que d'une circonstance indépendante de la volonté de [la personne] et que cette volonté n'a pu ni prévoir ni conjurer. Le juge apprécie souverainement si les circonstances alléguées constituent un cas de force majeure »¹³.

En l'espèce, le Docteur A. a porté en compte des prestations à l'acte, alors que cela ne lui est plus permis depuis la création de la maison médicale en 2016.

Il invoque la pandémie de Covid-19 en tant que force majeure.

Or, la période litigieuse débute l'année précédant la pandémie et se termine l'année suivante.

Par ailleurs, la Chambre de première instance ne perçoit pas en quoi cette pandémie aurait supprimé le libre-arbitre d'un médecin à un point tel que cela aurait entraîné une erreur de tarification de ses prestations.

Aucune cas de force majeure n'est établi.

Conclusion

Le grief est établi.

⁸ F. KEFER, *op. cit.*, p. 83, §74.

⁹ Il peut néanmoins mandater une autre personne physique ou morale pour exécuter cette obligation en son nom, mais cela implique la preuve de l'existence d'un tel mandat (Cass., 29 mai 2002, *Pas.*, 2002, p. 1236).

¹⁰ C. trav. Liège (sect. Namur), 6 août 2009, *Rev. dr. pén. entr.*, 2010, p. 55, note C-E. CLESSE.

¹¹ F. KEFER, *op. cit.*, p. 77, §67.

¹² *Idem*, p. 78, §67.

¹³ Conclusions avant Cass., 12 janvier 2022, *J.T.*, 2022, p. 123.

C. Application : indu à rembourser

L'indu évalué par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM s'élève à 91.745,05 €.

Ce montant n'est pas contesté en soi, le Docteur A. et la S.R.L. B. se contentant de demander « la réduction au minimum ».

Le principe-même d'un indu évalué à une certaine somme est qu'il est limité à cette somme. Il n'est donc pas possible de le limiter encore plus.

Conformément à l'article 164, alinéa 2, de la loi ASSI, le Docteur A. et la S.R.L. B. doivent être condamnés solidairement au remboursement de cette somme.

D. Application : sanction infligée

Le Docteur A. estime que l'amende peut être réduite au minimum (5%), et qu'un sursis peut lui être octroyé.

Le SECM estime qu'une amende de 25% est justifiée par le nombre élevé de prestations non conformes, pour un montant élevé. Vu l'absence de remise en question et de remboursement, il s'oppose à l'octroi d'un sursis.

La Chambre de première instance constate que le Docteur A. présente une longue carrière (plus de 40 ans) et un faible antécédent (d'ailleurs non retenu comme critère par le SECM). Il a créé une maison médicale, impliquant une nouvelle forme de tarification, voici une dizaine d'années.

Néanmoins, 3.463 prestations ont été indument portées en compte, sur une période de trois ans. Ceci a occasionné un préjudice à l'assurance maladie-invalidité.

La Chambre de première instance estime par conséquent que le Docteur A. :

- doit se voir infliger une sanction modérée de 25% du montant de la valeur des prestations indues (dans une fourchette entre 5 à 150%) ;
- peut bénéficier d'un sursis de 3 ans pour l'intégralité de cette amende. Cette durée prend cours à la date de la présente décision. Le sursis pourrait être révoqué si une nouvelle infraction était commise durant le délai d'épreuve (quand bien même la condamnation interviendrait ultérieurement), conformément à l'article 157 §1^{er}, alinéa 3, de la loi ASSI.

E. Application : intérêts de retard

Le Docteur A. et la S.R.L. B. disposent de 30 jours pour effectuer les paiements auxquels ils ont été condamnés. A défaut, des intérêts au taux légal en matière sociale (7%) seront dus de plein droit à l'expiration de ce délai.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare la demande du SECM fondée dans la mesure suivante :

- Déclare établi le grief suivant :

Grief unique : Article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o (prestations non conformes) :
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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction aux dispositions de l'article 15 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, §1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales (ci-après, « l'arrêté royal du 23 avril 2013 »), dans la mesure où un dispensateur de soins qui a choisi d'exercer dans une maison médicale au forfait ne peut plus dispenser de prestations contre paiement à l'acte, ni dans la maison médicale, ni en dehors de celle-ci, hors exceptions.

Grief déclaré établi pour 3.463 prestations.

- Condamne solidairement le Docteur A. et la S.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indues, soit 91.745,05 € ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende s'élevant à 25% du montant de la valeur des prestations non conformes reprises au grief, soit 22.936,26 € ;

Accorde néanmoins un sursis de 3 ans pour l'intégralité de cette amende, soit 22.936,26 € ;

- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les 30 jours de la notification de la décision contestée, des intérêts au taux légal en matière sociale seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance composée de Monsieur MARY Gauthier, président, des Docteurs CARLIER Sophie, et DUJARDIN Thibaut, membres présentés par les organismes assureurs, des Docteurs EMONTS Patrick et LECLERCQ Daniel, membres présentés par les organisations représentatives du corps médical.

Et prononcée à l'audience du 3 avril 2025 par Monsieur MARY Gauthier, président, assisté de Madame METENS Caroline, greffière.

METENS Caroline
Greffière

MARY Gauthier
Président