

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 1<sup>er</sup> FEVRIER 2012 –  
BRS/F/10-025**

**Madame A.  
licencié en science dentaire**

**1. Griefs**

**1<sup>er</sup> grief : avoir attesté, signé, délivré des attestations de soins portant en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées.**

Ce grief relève de l'application des dispositions de l'article 141 § 5, a de la loi coordonnée le 14/07/1994 :

*Base règlementaire (à l'époque des faits)*

Nomenclature des prestations de santé, art 5.

*Argumentation*

Prestation non effectuée selon la déclaration de Mme A.

*Conclusion.*

1 prestation attestée sous le code 307031 portée à grief pour un assuré à la date du 02/06/2003 introduite à l'organisme assureur le 13/06/2003.

indu de 7,17 €.

**2<sup>ème</sup> grief : avoir attesté, signé, délivré des attestations de soins portant en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations attestées sous le code 301011 non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution**

Ce grief relève de l'application des dispositions de l'article 141 § 5 b de la loi coordonnée le 14/07/1994 :

*Base règlementaire (à l'époque des faits)*

Nomenclature des prestations de santé, art 5 et 6

*Argumentation du Service*

Elle se fonde sur l'examen comparatif des données contenues dans le dossier dentaire des assurés, des codes attestés (fournis par les Organismes assureurs (O.A.) et des déclarations de Mme A.

Le code 301011 (consultation) est donc attesté alors que l'acte effectué ne peut être attesté car :

- prestation non reprise dans la nomenclature (extraction dentaire)
- prestation ne pouvant être portée en compte : détartrage, acte en relation avec un traitement en cours, prise d'empreintes pour prothèse, recoupe de prothèse, remise en place d'une dent, rebasage mou, reprise de prothèse, incision d'abcès
- parce que le patient n'avait pas accès aux conditions d'intervention de l'assurance maladie.

### Conclusion

Grief formulé pour 46 prestations attestées sous le code 301011 (consultation) pour un montant de **514,22 €** (application du différentiel) concernant 16 assurés et sur une période de date de prestations du 09/12/2002 au 24/05/2004 introduites aux O.A du 12/12/2002 au 24/05/2004.

**3<sup>ème</sup> grief : avoir attesté, signé, délivré des attestations de soins portant en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, car le libellé des prestations n'est pas respecté.**

Ce grief relève de l'application des dispositions de l'article 141 § 5 b de la loi coordonnée du 14/07/1994 :

### Base règlementaire (à l'époque des faits)

Nomenclature des prestations de santé, art 5 et 6.

### Argumentation du service

Des prestations attestées sous les codes d'obturation (304496 (obturation 1 canal), 304415 (obturation t 3 faces), 304393 (obturation 2 faces) le sont alors que,

soit d'autres prestations ont été effectivement réalisées et auraient dû être attestées sous un autre code de valeur moindre

soit n'étaient pas attestables.

L'argumentation se base sur les données du dossier dentaire de(s) l'assuré(s), et les déclarations de Mme A. (PVA du 23/11/2004).

### Conclusion

Grief concernant 5 prestations reprises sous les codes 304496 (obturation 1 canal), 304415 (obturation 3 faces), 304393 (obturation 2 faces) pour 3 assurés et pour un montant de **113,13 €**, tenant compte de l'application de l'indu différentiel pour une période d'attestation s'étendant du 29/11/2002 au 08/03/2004 et introduites aux OA du 04/12/2002 au 08/03/2004.

**4<sup>ème</sup> grief : avoir attesté sous le code 307031, signé, délivré des attestations de soins portant en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.**

Ce grief relève de l'application des dispositions de l'article 141 § 5, b de la loi coordonnée du 14/07/1994 :

Base réglementaire (à l'époque des faits)

Nomenclature des prestations de santé

Art 1 § 8 :

**§ 8.** Sans préjudice des **délais de conservation** imposés par d'autres législations ou par des règles de la déontologie médicale, les rapports, documents, tracés, graphiques mentionnés dans les libellés de cette nomenclature, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins deux ans.

Art 5

Argumentation du service

Pour des prestations attestées sous le code 307031 (cliché unitaire), la prestataire n'a pu fournir un seul cliché radiographique unitaire parfaitement identifiable (nom du patient, date précise de réalisation de prestation).

L'argumentation se fonde sur l'examen des dossiers dentaires dans lesquels on trouve :

- un ou des clichés agrafés, ne portant pas de mention de date.
- quelques clichés maintenus au dossier par un trombone, c'est-à-dire non fixés, non agrafés.

Les clichés attachés au dossier sont disposés sans relation directe avec une date de prestation.

La majorité des clichés sont contenus en vrac dans un sac plastique. Aucun cliché ne permet une identification incontestable de l'assuré , ni de la date de l'examen.

Pour certains clichés (unitaires ou panoramiques), on ne trouve aucun protocole.

Conclusions

Le grief est formulé pour 374 prestations 307031 (radiographie) pour 187 assurés et pour une période s'étendant du 02/12/2002 au 24/11/2003 (date de prestation) et introduites aux O.A. du 02/12/2002 au 24/11/2003.

Indu de **2614,1 €**

**5<sup>ème</sup> grief : avoir attesté signé, délivré des attestations de soins portant en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution, aux règles d'applications, car les prestations effectuées ne correspondent pas au libellé.**

Ce grief relève de l'application des dispositions de l'article 141 § 5 b de la loi coordonnée du 14/07/1994 :

Base règlementaire (à l'époque des faits)

Nomenclature des prestations de santé, art 14

Argumentation du service

Les prestations effectuées ne correspondent pas au libellé de la prestation attestée.

- Le code 317174 est attesté pour une autre prestation réellement effectuée à savoir: incision intrabuccale d'abcès d'origine dentaire (code 317192) ;

- le code 317074 porte sur une gingivectomie étendue à une mâchoire, sur une région d'au moins 6 dents alors que le nombre de dents réellement concernées est inférieur.

Grief basé sur l'examen des dossiers dentaires et sur les déclarations de Mme A..

Conclusion

Le grief est formulé pour 4 prestations 317074 (gingivectomie) pour la période du 10/02/2003 au 09/05/2003 et introduites auprès des OA du 03/03/2003 au 06/06/2003.

Indu : **77,63 €** (indu différentiel)

L'indu total est de 3.326,25 €. Ce montant total tient compte du fait que les prestations du grief 1 et l'indu qu'elles génèrent sont repris au grief 4 .

Un remboursement volontaire d'un montant de 1213,09 € a été effectué en date du 20/10/2004.

L'indu résiduel pour ce dossier est de **2113,16 €**.

**2. Justifications**

Mme A. reconnaît une partie des faits cités à grief. Il s'agit principalement des infractions concernant les extractions (indu de 712,15 €).

Elle soutient que les radiographies ont été effectuées : certaines radios sont annotées au bic mais d'autres radios ne sont pas annotées par négligence. Les radios sont agrafées en face des soins ou attachées avec trombone. Ces radios se trouvaient sur la face de la fiche concernée.

Elle relève qu'elle a fourni plus de deux tiers des radios demandées et que le SECM n'en a pas tenu compte. En effet, pour interpréter les radios, il faut les confronter aux soins effectués pour en vérifier la conformité. Or le Dr B., médecin-inspecteur, n'est jamais venue chercher les dossiers.

Par ailleurs, Mme A. conteste l'objectivité du compte-rendu de la conversation téléphonique du 9 décembre 2004.

Elle s'interroge sur l'intérêt des auditions si le SECM ne tient compte ni des déclarations des personnes interrogées sur l'existence des radios, ni des pièces envoyées.

Mme A. a arrêté de travailler fin juin 2006.

### **3. Remboursement de l'indu**

Les griefs reposent sur l'examen des dossiers dentaires et sur les déclarations de Mme A. qui reconnaît une partie des faits cités à grief.

En effet, il découle de l'examen des dossiers dentaires que :

- un ou des clichés agrafés, ne portent pas de mention de date ;
- quelques clichés sont maintenus au dossier par un trombone, c'est-à-dire non fixés, non agrafés.

Ainsi, les clichés attachés au dossier sont disposés sans relation directe avec une date de prestation.

La majorité des clichés sont contenus en vrac dans un sac plastique. Par conséquent, aucun cliché ne permet une identification incontestable de l'assuré ou de la date de l'examen. Pour certains clichés (unitaires ou panoramiques), aucun protocole n'a pu être trouvé.

Il faut ainsi remarquer que des dates inscrites au bic sur des clichés non reliés à un dossier de patient ne constituent pas une preuve suffisante pour affirmer qu'il s'agit bien là du cliché correspondant à l'acte attesté tel jour pour tel assuré.

Par ailleurs, Mme A. critique la façon dont s'est déroulée l'enquête.

Les éléments précités relatifs aux examens des dossiers dentaires montrent que les allégations de Mme A. ne sont pas établies et que l'enquête s'est réalisée de manière régulière.

Les explications et arguments développés par Mme A. ne modifient rien au fait que les faits cités à grief sont établis.

Les griefs formulés à l'encontre de Mme A. étant fondés, il y a lieu, conformément à l'article 141 §5 dernier alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 tel qu'en vigueur avant le 15 mai 2007, d'ordonner le remboursement de l'indu corrélatif.

Le montant total de l'indu s'élève à 3.326,25 €.

Puisque 1213,09 € ont été remboursés le 20/10/2004, il y a lieu d'ordonner le remboursement du solde de l'indu soit 2113,16 €.

#### **4. Amende administrative**

Il y a prescription pour l'amende car le procès-verbal de constat a été notifié le 29 novembre 2004 (l'ancien article 141, §7, de la loi ASSI coordonnée prévoyant le prononcé des amendes dans les 3 ans du constat).

#### **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 les griefs établis;
- Prend acte du remboursement de **1.213,09 €**;
- Condamne Mme A. au remboursement du solde des sommes indûment perçues, soit **2.113,16 €**.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 01/02/2012

Le Fonctionnaire – dirigeant,  
Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général