

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 16/05/2025

BRS/F/25-001

Concerne : **Docteur A.**
Médecin généraliste
N° INAMI :
Et
“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

Deux griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse) concernant le Docteur 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. Grief 1

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 ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

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

En l'espèce, il s'agit de prestations 101076 (Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité) non effectuées, le docteur A. ayant porté deux fois en compte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) des prestations qui n'ont en réalité été effectuées qu'une seule fois.

1.1.1. Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

Annexe à l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la Nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS)

[...]

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS.

Art. 2. [...]

"B. Consultations au cabinet" [...]

101076 Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité N 8 + Q 30

[...]

1.1.2. Prestations en cause

N° code (CNK,...) de la prestation	Rubrique	Libellé court de la prestation	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur code-libellé-lettre-clé-coefficient
101076	N01	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N 8 / Q 30	01/05/2013
101076	N01	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N 8 / Q 30	01/02/2022

1.1.3. Argumentation

L'argumentation est fondée sur :

- L'analyse des données de facturation ;
 - Les déclarations du dispensateur au cours de l'audition du 28/06/2024;
 - Les copies des bordereaux de facturation en tiers payant.
- 1) Analyse des données de facturation : 30 prestations 101076 datées du même jour au bénéfice du même assuré ont été doublement portées en compte en tiers payant.
 - 2) Au cours de l'audition du 28/06/2024, interpellé au sujet de la double consultation en date du 30/05/2022 au bénéfice de l'assurée F., le docteur A. de déclarer « la patiente n'est venue qu'une fois. Avez-vous les ASD ? J'ai eu un contrôle autrefois avec un problème de double facturation. In fine, c'était une erreur de l'OA. »

- 3) Les copies des bordereaux de facturation en tiers payant communiquées le 06/07/2024 à l'INAMI par l'intermédiaire de tarification EXPRESS MEDICAL RECOVERY ont été analysées. Ce contrôle confirme que chacune des 30 prestations a donné lieu à la rédaction de 2 ASD distinctes, chaque fois attestée par le docteur A., engendrant une double facturation (soit 60 consultations 101076 au lieu des 30 effectuées) en tiers payant sur support papier. La liste 1 ci-dessous reprend les 60 prestations facturées avec les numéros des ASD correspondantes. La seconde prestation de chaque double facturation est considérée comme étant non effectuée (Légende « NE »).

Liste 1 :

Tableau anonymisé

1.1.4. Conclusion

Les 30 prestations reprochées sont toutes retenues. Les dates de prestation couvrent la période du 06/09/2021 au 14/03/2023. L'indu correspondant s'élève à 786,89 €. (indu total) La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 18/10/2021 au 30/04/2023.

1.2. Grief 2

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.

En l'espèce, il s'agit de prestations 101076 (Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité) non conformes parce que ne satisfaisant pas aux conditions du libellé de ce numéro-code, les consultations n'ayant pas été réalisées par un médecin généraliste accrédité. Les consultations non conformes en question ont été attestées par le docteur A. alors qu'elles ont été effectuées par le docteur G. et ne pouvaient être attestées que sous le numéro-code 101010. En effet, à l'époque des faits, le docteur G. n'était pas médecin stagiaire en médecine générale et son numéro INAMI était le suivant
...

1.2.1. Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)

Annexe à l'Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la Nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (NPS)

"CHAPITRE I. – GENERALITES

Art. 1er

[...]

Des honoraires du médecin maître de stage et médecin stagiaire." "A.R. 13.11.1989" (en vigueur 20.12.1989)

"§ 4ter." "A.R. 13.11.1989" (en vigueur 20.12.1989) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) + "A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018) + Erratum M.B. 31.10.2018

"1. En médecine spécialisée. [...]

"2. En médecine générale. Le maître de stage tarifie les actes réalisés avec le médecin en formation. Quand le maître de stage n'est pas physiquement présent, le médecin en formation utilise les attestations de son maître de stage, y appose sa signature, son nom, son cachet et la mention « sur ordre de » suivie du nom de son maître de stage, à condition que : a) soit le maître de stage soit disponible à tout moment par téléphone; b) soit le maître de stage ait délégué la surveillance du médecin en formation à un autre médecin généraliste.

Entre la fin de son stage et son agrément, le médecin tarifie lui-même les actes qu'il a réalisés, à 75% des honoraires."

[...]

1.2.2. Prestations en cause

N° code (CNK,...) de la prestation	Rubrique	Libellé court de la prestation	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur code-libellé-lettre-clé-coefficient
101076	N01	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N 8 / Q 30	01/05/2013
101076	N01	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N 8 / Q 30	01/02/2022

1.2.3. Argumentation

L'argumentation est fondée sur :

- 1) L'analyse des données de facturation ;
- 2) Les déclarations du dispensateur au cours de l'audition du 28/06/2024 ;
- 3) Les listes des prestations effectuées par le docteur G. au Cabinet médical B. et facturées en tiers payant.

1.2.4. Conclusion

Les 22.899 prestations reprochées sont toutes retenues. Les dates de prestation couvrent la période du 01/07/2021 au 31/03/2023.

L'indu correspondant s'élève à 251.417,33 €. (indu différentiel)

La période correspondante de réception aux O.A. s'étend du 23/08/2021 au 19/06/2023.

Pour ces 2 griefs, l'indu total a été évalué à 252.204,22 euros.

Le Docteur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 17/10/2024.

2. DISCUSSION

2.1. QUANT AU FONDEMENT DU GRIEF

2.1.1. Grief 1

Le prestataire affirme qu'en l'absence d'accès au lien « WeTransfer » (pièce 107 du dossier), il n'est pas possible de vérifier précisément les éléments transmis, et conteste donc la certitude des constats. Le Docteur A. considère qu'il n'est ni avéré, ni certain que le contrôle du médecin-inspecteur confirme que les 30 prestations aient systématiquement donné lieu à la rédaction de deux ASD.

Toutefois, la disparition du lien ne remet pas en cause la validité du constat initialement établi par le médecin-inspecteur.

En effet, l'ensemble des documents transmis par le lien « We Transfer » a été versé au dossier de M. A. Il s'agit des documents 0053 à 0102.

Le Dr A. peut donc consulter tous les bordereaux sur lesquels se fondent, entre autres, les constats.

Par ailleurs, s'il est vrai que pour mars 2023, « *on n'identifie pas de facturation EMR pour les patients H, I, J et K dans la pièce 107 du dossier du SECM* » (conclusions du Dr A., P. 3/9, ces prestations sont bien reprises sur les bordereaux transmis par EMR, document 0072 :

- H. : p.5
(...)
- I. : p.61
(...)
- J. : pp. 65-66
(...)
- K. : p.7.
(...)

De plus, sur ces documents et dans la note de synthèse, le numéro des attestations de soins donnés est indiqué. Le Dr A. doit conserver les doubles de celles-ci (article 315, CIR 92). Il est donc en mesure de vérifier sur quelles attestations sont basés les constats des inspecteurs du SECM.

Comme il existe 2 attestations différentes pour chacune des dates reprises à grief, il ne peut s'agir en aucun cas d'une erreur d'encodage commise par EMR.

Enfin, le constat se fonde sur :

- L'analyse des données de facturation ;
- Les déclarations du dispensateur lors de l'audition du 28/06/2024 ;
- Les copies des bordereaux de facturation en tiers payant.

Le constat est donc basé sur divers éléments concordants, et non sur un seul document devenu inaccessible.

Enfin, l'article 66, alinéa 1^{er}, du Code pénal social dispose que : « *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.* »

Il appartient donc au Docteur A. d'apporter la preuve contraire, ce qu'il ne fait pas.

Le grief est établi.

2.1.2. Grief 2 – Absence d'élément intentionnel

2.1.2.1. Position de M. A.

En ce qui concerne le 2^e grief, le Docteur A. conteste fermement l'existence d'une démarche intentionnelle, « *qui plus est sur la base de prétendues « déclarations contradictoires »* ».

Il affirme qu'il est erroné de lui reprocher de ne pas avoir transmis les courriers adressés à son collaborateur, car il ne peut avoir connaissance ni transmettre des documents dont il n'est pas le destinataire direct ou qui ne lui ont pas été communiqués. Le seul courrier que le Docteur A. a reçu, en juin 2016, mentionnait uniquement le statut en formation de son collaborateur, sans précision d'une durée ou limite de temps.

Le Docteur A. soutient qu'aucun élément intentionnel ne peut être retenu à sa charge, ce dernier n'étant pas informé que son collaborateur n'était plus titulaire du code de compétence 005.

Par ailleurs, il déclare qu'aucun élément probant ne permet d'étayer l'accusation selon laquelle il aurait volontairement omis d'apposer la mention « *sur ordre de* », omission qui aurait posé problème lors de l'encodage de l'ASD, en raison du fait que le Docteur G. n'était plus stagiaire. Le Docteur A. précise que cette obligation relève du médecin en formation et non de son maître de stage. De plus, le cachet du maître de stage, bien que non expressément requis, ainsi que sa signature, figurent systématiquement sur les documents, témoignant ainsi d'une réelle volonté de transparence de sa part.

L'existence d'une démarche intentionnelle imputable au Docteur A. est également démentie par le fait qu'à partir du 1^{er} avril 2023, soit plus d'un an avant sa première interpellation par courrier du SECM daté du 31 mai 2024, les attestations de soins donnés rédigées par son collaborateur indiquent désormais le code de compétence 000.

Entre mai 2016 et mars 2023, les deux parties concernées ont été entendues dans le cadre d'autres investigations, au cours desquelles aucune remarque n'a été formulée par les contrôleurs concernant le statut d'assistant du Docteur G. Des documents attestant de cette situation ont été transmis au SECM. Le prestataire demande que ces pièces soient intégrées à la présente procédure, estimant qu'elles confirment la bonne foi avec laquelle le médecin a agi dans le respect des pratiques jugées régulières.

2.1.2.2. Position du SECM

Le SECM rappelle que les infractions visées à l'article 73bis de la loi SSI sont 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'enquière ni de ses causes, ni de la volonté qui l'a dirigé »*². Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « réalité » ou « conformité » soient établis pour faire naître une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un quelconque élément moral spécifique ne soit requis.

Le dispensateur est tenu de rembourser la valeur des prestations concernées, lorsqu'il a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées (art. 142, §1, de la loi SSI), d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte³.

Le Docteur A. fait valoir qu'il n'existe aucune démarche intentionnelle en son chef. Toutefois, l'absence d'intention frauduleuse est sans incidence : il n'est pas requis qu'il y ait une intention frauduleuse pour pouvoir constater une infraction à l'article 73bis de la loi SSI, quelle qu'elle soit.

En sa qualité de professionnel des soins de santé et collaborateur du service public de l'assurance soins de santé, le Docteur A. est tenu par un devoir de rigueur et un devoir de vigilance⁴ l'obligeant à s'informer sur les règles applicables en matière d'attestation et de facturation des soins réalisés.

Concernant la transmission des courriers adressés à son collaborateur, le fait que le prestataire ne soit pas destinataire direct des documents ne le dispense pas de s'assurer de la situation administrative de son collaborateur, notamment dans le cadre d'une relation de maître de stage. Le courrier reçu en juin 2016, même s'il mentionnait un statut « *en formation* » sans limite de durée précise, aurait dû conduire à une vigilance particulière et à une mise à jour régulière de la situation. À cet égard, il convient de souligner que le Docteur A. a déjà encadré plusieurs stagiaires par le passé, ce qui laisse supposer qu'il connaît les procédures applicables en la matière. Le dispensateur est maître de stage depuis 1996 et a supervisé de nombreux stagiaires.

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

² *Idem*

³ Cass., 28 décembre 1988, J.T.T., 1989, p. 23 ; Cass., 24 avril 1989, Pas., 1989, I, p. 877 ; C. trav. Mons, 8 mai 1998, RG n° 13949, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; C. trav. Mons, 26 juin 1998, RG n° 13567, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; C. trav. Anvers, sect. Anvers, 13 février 2001, B.I., 2001/2, p. 238 ; C. trav. Bruxelles, 10 avril 2003, RG n° 40091, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; C. trav. Mons, 18 avril 2003, B.I., 2003/3, p. 345 ; C. trav. Liège, sect. Liège, 24 février 2006, RG n° 32720-04, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; C. trav. Bruxelles, 13 octobre 2010, RG n° 2007/AB/49671, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

⁴ C.E., arrêt n°100.814, 14 novembre 2011.

Par ailleurs, lors de son audition du 28/06/2024, le Docteur A. a tenu des déclarations contradictoires concernant la situation du Docteur G. : d'une part, il le présente comme son collaborateur pour lequel le Docteur A. déclare ne plus contribuer financièrement depuis 2016⁵ ce qui est pourtant le cas lorsque l'on est maître de stage⁶ ; d'autre part, il le considère comme son stagiaire lorsqu'il s'agit de justifier la manière d'attester et de facturer les consultations en mars 2023⁷.

Le fait de conclure une convention avec le Dr G. démontre également que le Dr A. était bien conscient que celui-ci n'était plus son stagiaire.

On relèvera encore que le Dr A. avait un intérêt financier à porter en compte les prestations 101076 au lieu des prestations 101010. En effet, en vertu de la convention, il percevait 40% des honoraires du Dr G. La prestation 101076 est bien mieux remboursée que la prestation 101010.

Ces contradictions jettent un doute sur la bonne foi du prestataire et démontrent, à tout le moins, un défaut de rigueur dans le suivi de la situation administrative de son collaborateur. Rappelons que selon les sources officielles (Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles et le CCFFMG), le candidat médecin généraliste G. a été supervisé par le Docteur A. entre novembre 2012 et avril 2016, soit bien avant la période infractionnelle dont il est question ici⁸.

Dès lors, une erreur, qu'elle soit volontaire ou non, reste de sa responsabilité et justifie une correction, voire une sanction en fonction de la gravité constatée. L'absence d'intention frauduleuse, même à supposer qu'elle soit avérée, n'efface pas l'irrégularité matérielle et n'a aucune incidence sur l'établissement de l'infraction, dès lors que celle-ci revêt un caractère réglementaire, dont l'élément moral se déduit du non-respect du prescrit normatif et ne nécessite pas la présence d'un dol spécial.

2.2. QUANT A L'INDU

Le grief reproché au terme du procès-verbal de constat du 21/12/2022 a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de **252.204,22** euros.

Celui-ci étant fondé, il y a lieu d'ordonner que le Dr A. soit condamné à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **252.204,22** euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1° et 2°).

Cependant, c'est la SRL "B." qui a perçu l'ensemble de ces remboursements.

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

⁵ Procès verbal d'audition, p. 8 : « J'ai fait un contrat SUI GENERIS qui a été signé le 1^{er} mai 2016. Je vous en fais une copie . Cela permet au dr G. de travailler au centre B. moyennant une retenue de 40 % des honoraires (annexe 5^{me}- 2 feuilles) . Le CCFFMG n'a plus payé le dr G. et moi-même je n'ai plus contribué financièrement pour le Dr G. » (nous soulignons).

⁶ ...

⁷ Procès verbal d'audition, p.10 « MT : Sur ces copies d'ASD relatives à 2 prestations datées de mars 2023, pourquoi apposez-vous votre cachet et votre signature complémentirement au cachet et à la signature du docteur G. versus docteur L. ?

A. : A ce moment là, je n'ai pas de nouvelles de la commission et je considère le dr G. comme assistant » (nous soulignons).

⁸ Réf. eDos documents 0026 et 0006 ; p. 22 de la note de synthèse.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que cette somme a été intégralement remboursée.

2.3. QUANT À L'AMENDE

2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative

En vertu de l'article 169 de la Loi SSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1er, 1° et 2° de la même loi, c'est-à-dire :

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

2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer des amendes administratives à charge du Dr A.

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 Dr A. a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de n'a pas fait preuve de la rigueur attendue dans le chef d'un collaborateur de l'assurance soins de santé.

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par le Dr A. (30 prestations), du montant de l'indu en cause (768,89 euros), de la durée de la période infractionnelle (1 an et demi suivant les dates d'introduction à l'organisme assureur), l'application d'une sanction est justifiée.

Il est donc décidé de prononcer à l'encontre du Dr A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative minimale de 50 % du montant indu à rembourser soit 384,45 euros (art. 142, §1er, 1° loi SSI),

Concernant l'attestation de prestations non conformes, il faut rappeler que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement (Cass. 20/11/2017, C.15.02132.N.) 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 soins (C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019).

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation 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, les dispensateurs de soins brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En attestant des prestations pour un stagiaire alors que cette personne ne l'était plus depuis longtemps, le Dr 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, de l'expérience du Dr A. (diplômé depuis 1987, maître de stage depuis 1996), du nombre de prestations (22.899 prestations), de la durée de la période infractionnelle (20 mois), du montant de l'indu (251.417,33 euros), il est justifié de prononcer à l'encontre du Dr A., au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 100 % du montant indu à rembourser (art. 142, §1er, 2° loi SSI), soit 251.417,33 euros.

Toutefois, l'article 157, §1er de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Pour fixer le quantum de ces deux sanctions, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressé et du remboursement volontaire intégral de l'indu. Cela justifie que les sanctions soient assorties d'une mesure de sursis partiel, les sanctions effectives devant rappeler à l'intéressé l'importance de la faute commise, et celles avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef du Dr A. :

- au titre du grief de prestations non effectuées, une amende administrative de 50% du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance soins de santé (art. 142, §1er, 1° loi SSI), soit 384,45 euros , assortie d'un sursis total d'une durée de 3 ans.
- au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant des prestations induit attestées à charge de l'assurance soins de santé (art. 142, §1er, 2°, loi SSI), soit 251.417,33 euros, assortie d'un sursis pour la moitié de celle-ci d'une durée de 3 ans (soit une amende avec sursis de 125.708,66 euros).

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 ;
- Condamne solidairement le Docteur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 252.204,22 euros ;
- Constate que la totalité de l'indu a été remboursée ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées de 50% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (art. 142, §1^{er}, 1^o, Loi SSI), soit 384,45 euros , assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans ;
- Condamne le Docteur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non conformes de 100 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (art. 142, §1^{er}, 2^o, loi SSI), soit 251.417,33 euros , assortie d'un sursis à hauteur de la moitié d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de 125.708,66 euros et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans de 125.708,66 euros) ;
- 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 Fonctionnaire-dirigeant,