

EN CAUSE DE : **Madame A.**
accoucheuse praticien de l'art infirmier - Infirmière brevetée, ;

La SPRL B.

Parties appelantes,

Représentées par ;

Maître C. avocat loco Maître D.

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX,**
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à
1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

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

Partie intimée,

Les faits

1. Madame A. travaille à temps plein, avec d'autres infirmières, comme infirmière indépendante au sein de la SPRL "B.". Elle est gérante de cette SPRL.

La facturation est gérée par l'organisme X qui rédige aussi les attestations de soins donnés. Madame A. signe, en tant que gérante, les attestations de soins pour le groupe et les paiements se font uniquement via le tiers-payant, sans perception de ticket modérateur.

Par une décision notifiée le 5 janvier 2008 prise par le fonctionnaire-dirigeant, Madame A. a été condamnée au remboursement d'un indu de 12.470 € et à une amende administrative de 100 %, dont la moitié avec sursis.

Le premier grief consiste à avoir, entre le 5 janvier 2008 et le 31 mars 2008, rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées.

Ce grief concerne un assuré social, Monsieur BU., pour trois prestations et l'indu s'élève à 76,41 €.

Madame A. explique que l'erreur provient de la société X qui gère la facturation (erreur d'encodage) et qui n'a pas respecté le récapitulatif qu'elle lui avait transmis.

Le grief est reconnu et le remboursement de l'indu, soit 76,41 € a été effectué.

2. Le deuxième grief consiste à avoir, entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2009, rédigé ou fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

Dans les faits il est reproché à Madame A. d'avoir attesté pour 4 patients, Monsieur CA., Madame LA., Madame MA. et Monsieur ME., des soins selon un forfait qui ne correspondait au niveau de dépendance constaté.

Ce grief concerne 903 prestations et l'indu différentiel est de 11.739,70 €.

3. Le troisième grief consiste avoir entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 juillet 2009 rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés par la loi du 14 juillet 1994, ses arrêtés d'exécution ou les conventions conclues en vertu de cette loi lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues par la loi du 14 juillet 1994, ses arrêtés d'exécution ou les accords conclus en vertu de cette loi.

Dans les faits il est reproché à Madame A. d'avoir, entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 août 2009, attesté des soins effectués par une aide soignante, Madame G., à savoir des toilettes, alors que ceux-ci auraient dû être faits, pour faire l'objet d'un remboursement, par des infirmiers. En effet, Madame G. est agréée comme aide soignante uniquement en maison de repos alors que les soins ont été prodigués à domicile.

Ce grief concerne 4.272 prestations pour 68 assurés sociaux et l'indu est de 34.991,04 €.

4. Par requête reçue au greffe de la Chambre de 1^{ère} instance le 18 février 2011, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux fait valoir les griefs repris ci-dessus et il demandait :

- la condamnation solidaire de Madame A. et de la SPRL B. au remboursement du solde des sommes indûment perçues, soit la somme de 45.642,15 €,

- la condamnation solidaire de Madame A. et de la SPRL à une amende administrative égale à 200 % de la valeur des prestations non effectuées, soit la somme de 152,82 €,

- la condamnation solidaire de Madame A. et de la SPRL à une amende administrative égale à 100 % de la valeur des prestations non conformes, soit la somme de 45.642,15 €,

- la révocation du sursis dans le dossier E/... et le paiement de la partie de l'amende bénéficiant du sursis, soit la somme de 6.235,00 €.

Par sa décision du 4 juillet 2012, la Chambre de 1^{ère} instance a fait droit aux demandes du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

II. Les moyens des parties

En appel, Madame A. et la SPRL font valoir :

- que le 1^{er} grief, a fait l'objet d'un remboursement et doit être considéré comme étant devenu sans objet,
- que les remboursements effectués par les mutuelles quant au deuxième grief ont fait l'objet de prescriptions médicales et que les organismes assureurs ont donné leur autorisation quant au forfait et au degré de dépendance physique renseigné,
- qu'elle a été induite en erreur par les prescriptions médicales et les autorisations des organismes assureurs quant au deuxième grief,
- qu'elle a été induite en erreur, quant au 3^{ème} grief, par la complexité de la législation et par un article dans une revue.

L'INAMI fait valoir :

- que les griefs sont établis,
- que le Code pénal social doit s'appliquer,
- qu'il n'existe pas de cause de justification ou d'excuse,
- que le sursis pour la condamnation antérieure doit être révoqué.

III. Discussion

1. Le premier grief consiste à avoir, entre le 5 janvier 2008 et le 31 mars 2008, rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées.

Ce grief concerne un assuré social, Monsieur BU., pour trois prestations et l'indu s'élève à 76,41 €. L'indu a été remboursé.

Madame A. admet que les trois prestations litigieuses n'ont pas été effectuées. Elle explique qu'il s'agit d'une erreur commise par la société X lors de la facturation.

La présente chambre relève que les attestations de soins donnés ont été signées par Madame A. et que c'est en raison de la transmission de ces attestations de soins donnés erronées signées par Madame A. que le paiement indu est intervenu. Les documents ayant été établis sous la signature de Madame A., il en résulte que Madame A. a rédigé et délivré des documents réglementaires alors que les prestations n'avaient pas été effectuées. La réalité du grief est établie.

L'article 73bis, 1^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 interdit au dispensateur de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er} de rédiger, faire

rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires, telles des attestations de soins donnés, visés dans la présente loi ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies. S'agissant d'une infraction "réalité" et "conformité" aucun dol particulier n'est requis et l'imputabilité en ce compris l'élément moral de l'infraction est établie dès la commission de celle-ci, à moins d'établir la réalité d'une cause de justification ou d'excuse.

Madame A. invoque sa bonne foi, établie notamment par le remboursement de l'indu, ainsi que le fait que l'erreur a été commise lors de l'encodage d'un récapitulatif de prestations par la société X.

La bonne foi ne constitue nullement une cause de justification ni d'excuse.

Le fait que l'erreur aurait été commise par la société X n'énervé nullement le fait que c'est Madame A. qui a signé les attestations erronées de soins donnés et transmis celles-ci à la mutuelle. Madame A. pouvait et devait vérifier les facturations établies par la société X. avant de rédiger et de transmettre à la mutuelle les attestations de soins donnés. L'erreur et/ou l'ignorance n'était pas invincible et dès lors il ne peut être question de cause de justification ou d'excuse.

Le fait que l'indu provoqué par l'infraction ait été remboursé ne fait nullement disparaître le fait que l'infraction fut bien commise et qu'elle peut faire l'objet d'une sanction. Le grief ne peut dès lors être considéré comme étant devenu sans objet.

Le deuxième grief

1. Le deuxième grief consiste à avoir, entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2009 rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés par la loi du 14 juillet 1994, ses arrêtés d'exécution ou les conventions conclues en vertu de cette loi qui ne satisfont pas aux conditions prévues par la loi du 14 juillet 1994, ses arrêtés d'exécution ou les accords conclus en vertu de cette loi.

Ce grief concerne 905 prestations pour 4 assurés pour un indu de 11.739,70 €.

Dans les faits il est reproché à Madame A. d'avoir attesté des prestations qui ne pouvaient être attestées vu que les patients ne présentaient pas la dépendance physique requise ni le forfait renseigné.

Monsieur CA. fut entendu le 11 mai 2009, son médecin traitant fut entendu le 24 mai 2009 et Madame A. fut entendue le 9 juin 2009. Sur base de ces auditions, la partie intimée considère que c'est le forfait A qui devait être attesté et non le forfait B. pour les prestations introduites auprès de l'organisme assureur du 31 juillet 2008 au 28 février 2009.

Madame LA. fut entendue le 15 mai 2009, son médecin traitant fut entendu le 8 juin 2009 et Madame A. fut entendue le 9 juin 2009. Sur base de ces auditions, la partie intimée considère que c'est le forfait B qui devait être attesté et non le forfait C pour les prestations introduites auprès de l'organisme assureur du 7 mars 2008 au 5 février 2009.

Madame MA. fut entendue le 11 mai 2009, son médecin traitant fut entendu le 8 mai 2009 et Madame A. fut entendue le 9 juin 2009. Sur base de ces auditions, la partie intimée

considère que c'est le forfait A qui devait être attesté et non le forfait B pour les prestations introduites auprès de l'organisme assureur du 31 mars 2008 au 28 février 2009.

Monsieur ME. fut entendu le 23 juin 2009 et Madame A. fut entendue le 9 juin 2009. Sur base de ces auditions, la partie intimée considère que c'est une toilette par jour et non le forfait A. qui devait être attesté pour les prestations introduites auprès de l'organisme assureur du 7 mars 2008 au 5 février 2009.

2. Madame A. fait valoir que les soins ont été donnés selon les prescriptions des médecins et avec l'autorisation des mutuelles et de leurs médecins-conseils.

Il importe de relever que les médecins traitants des patients, lorsqu'ils prescrivent des soins, ne se prononcent pas en général sur le degré de dépendance de leurs patients. Ce n'est d'autre part pas parce qu'un soin ou des soins se justifient sur le plan médical qu'ils peuvent donner lieu à un remboursement ou à un remboursement à un taux déterminé.

En outre, les organismes assureurs, lorsqu'ils reçoivent une demande de remboursement de soins pour un patient présentant un degré de dépendance déterminé, accordent leur autorisation sur base de la demande établie par le personnel soignant, en l'occurrence le personnel infirmier et ne procèdent généralement pas à un contrôle immédiat avant d'accorder l'autorisation.

Il n'apparaît pas non plus des éléments du dossier que les autorisations ont été données par les organismes assureurs après qu'un contrôle complet et précis ait été effectué quant au degré de dépendance des patients. Ainsi les organismes assureurs, par l'entremise de leurs médecins-conseils ou infirmières-conseils, n'ont pas vérifié auprès des patients le degré de dépendance de ceux-ci mais ils ont donné les autorisations sur base des demandes rédigées par Madame A.. Il résulte de ces éléments que les autorisations n'ont pas été données suite à un examen des patients par les médecins-conseils des mutuelles.

Il résulte de ces considérations que les autorisations données par les médecins-conseils et les mutuelles n'impliquent aucune appréciation sur le fait de savoir si le personnel infirmier a fourni les prestations dans les conditions prévues par la loi et n'impliquent nullement que les prestations fournies donnent droit à un remboursement.

La législation applicable en l'espèce précise bien qu'il appartient au personnel infirmier qui sollicite le remboursement d'une prestation en fonction d'un degré de dépendance de vérifier ce degré de dépendance au vu des critères légaux définis par la législation. Les organismes assureurs n'ont opéré en l'espèce que des contrôles a posteriori, contrôles destinés à vérifier si les demandes de remboursement formulées étaient correctes quant au degré de dépendance physique.

3. Pour établir le degré de dépendance physique, l'INAMI a interrogé et visité les patients, entendu pour trois cas leur médecin traitant et entendu Madame A. sur chaque cas repris à grief. C'est dès lors sur base d'enquêtes précises qu'il a apprécié le degré de dépendance des patients. Les constatations de l'INAMI ne font l'objet d'aucune critique précise de la part des parties appelantes. Elles ne font valoir aucun élément précis et concret qui pourrait mettre en cause l'évaluation faite par le Service de contrôle de l'INAMI quant au degré de dépendance physique.

Au vu de ces considérations, les constatations établies par l'INAMI doivent être considérées comme conformes à la réalité et le grief est établi.

4. L'article 73bis, 2°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 reprend, notamment, qu'il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er}, de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités, et notamment les attestations de soins donnés, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi. La présente chambre a considéré le grief établi et a dès lors estimé que les prestations ne satisfont pas à la législation et réglementation.

L'article 142, § 1^{er}, 2°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°. Le remboursement sera ordonné.

5. Dans le cas d'espèce, l'infraction consiste à avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires, à savoir des attestations de soins donnés, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues par la loi du 14 juillet 1994, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi. Il s'agit en l'espèce d'une infraction réglementaire ou d'une infraction "réalité ou conformité" qui ne requiert aucun dol particulier. Elle est punissable par le seul fait de sa transgression à condition toutefois qu'elle soit imputable à son auteur, le dispensateur de soins. Il n'est pas contesté que l'erreur ou l'ignorance de droit sont des causes de justification faisant échec à l'imputabilité dès lors qu'elles sont invincibles.

En l'espèce, les parties appelantes font valoir qu'elles ont été gravement induites en erreur par les accords donnés par les organismes assureurs et les prescriptions des médecins traitants. La Chambre de recours a déjà précisé qu'il revient, en vertu de la loi, en premier lieu au personnel infirmier qui sollicite la prise en charge par l'assurance soins de santé de soins donnés selon un forfait ou un degré de dépendance physique déterminé, d'établir le degré de dépendance physique selon les dispositions légales applicables. L'autorisation donnée par les organismes assureurs ne signifie nullement que les patients concernés ont certainement le degré de dépendance invoqué mais seulement que le remboursement est admis si la personne a bien le degré de dépendance renseigné. Ce n'est d'autre part pas parce qu'un médecin traitant a prescrit différents soins utiles ou nécessaires pour un patient que celui-ci a un degré de dépendance déterminé.

Le fait que les parties appelantes auraient été de bonne foi ou qu'elles se soient trompées quant au degré de dépendance ne peut faire échec à l'imputabilité dès lors que l'erreur ou l'ignorance n'était pas invincible. En effet, le personnel infirmier, comme toute personne normalement prudente et diligente, doit légalement s'assurer lui-même du degré de dépendance physique au vu des critères légaux bien définis qu'il connaît ou est censé connaître.

Aucune cause justificative d'erreur invincible ne peut être retenue dans le cas d'espèce.

Le troisième grief

Le troisième grief consiste à avoir, entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 août 2009, rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés par la loi du 14 juillet 1994, ses arrêtés d'exécution ou les conventions conclues en vertu de cette loi lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues par la loi du 14 juillet 1994, ses arrêtés d'exécution ou les accords conclus en vertu de cette loi.

Dans les faits, il est reproché à Madame A. d'avoir, entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 août 2009, attesté des soins effectués par une aide soignante, Madame G., à savoir des toilettes, alors que ceux-ci auraient dû être faits, pour faire l'objet d'un remboursement, par des infirmiers. En effet, Madame G. est agréée comme aide soignante uniquement en maison de repos, alors qu'en l'espèce les soins ont été donnés à domicile.

Madame A. admet que Madame G. effectuait seule la toilette des patients. Elle fait valoir qu'elle était convaincue qu'elle pouvait légalement déléguer les toilettes des patients à Madame G., apte à faire les toilettes, en sa qualité d'aide soignante. Elle souligne avoir été victime d'une erreur invincible suite à un article issu de la revue Z. Elle fait valoir aussi que la législation est en perpétuelle évolution de sorte que la croyance erronée a été induite par une erreur invincible.

Il s'agit en l'espèce d'une infraction réglementaire ou d'une infraction "réalité ou conformité" qui ne requiert aucun dol particulier. Elle est punissable par le seul fait de sa transgression à condition toutefois qu'elle soit imputable à son auteur, le dispensateur de soins. Il n'est pas contesté que l'erreur ou l'ignorance de droit sont des causes de justification faisant échec à l'imputabilité dès lors qu'elles sont invincibles.

La bonne foi n'est pas une cause de justification ou d'excuse et la complexité de la législation n'est également pas une cause de justification ou d'excuse, sauf à démontrer que la complexité rend la législation inintelligible ou inapplicable, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

En effet, dans le cas d'espèce, la législation est claire et précise et spécifie clairement que les soins d'hygiène, à savoir notamment les toilettes sont des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée. Madame G. est agréée en tant qu'aide soignante uniquement en maison de repos mais pas aux domiciles.

Le fait d'avoir été induite en erreur par un article paru dans une revue n'est également pas une cause de justification ou d'excuse. En effet, Madame A. ayant une formation d'infirmière sait pertinemment bien que ce sont les dispositions légales qui règlent l'exercice de l'art infirmier et les conditions de remboursement et non pas des articles ou conseils parus dans des revues. Le fait que Madame A. aurait été mal conseillée par une personne apparaissant qualifiée ne suffit pas pour que l'erreur commise soit considérée comme invincible. En effet, la présente Chambre relève que l'article invoqué n'est pas paru dans une revue publiée ou cautionnée par l'INAMI mais dans une revue professionnelle. En cas de doute, Madame A. pouvait s'adresser à l'INAMI qui est en l'espèce la personne certainement qualifiée pour expliquer ou interpréter la législation applicable.

Le grief est établi et la cause de justification ou d'excuse ne peut être retenue.

L'amende administrative et son montant

Conformément à l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, le dispensateur de soins ne s'étant pas conformé aux dispositions de l'article 73bis, 2^o outre qu'il est tenu au remboursement des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, est passible d'une amende administrative comprise entre 5% et 150 % de la valeur de ces mêmes prestations.

Avec les parties, la présente Chambre constate que plusieurs lois se sont succédé dans le temps en ce qui concerne les sanctions applicables pour les faits visés dans le présent dossier. Les parties conviennent à juste titre qu'il convient d'appliquer la loi la plus douce alors même qu'elle n'aurait pas été vigueur, ni lors de la commission de l'infraction, ni lors du jugement. En l'espèce, la loi la plus douce est celle prévue par l'article 101 du Code pénal social, soit une amende administrative de 25 à 250 € majorée des décimes additionnelles. Le Code pénal social sera appliqué.

La récidive

1. Par sa décision notifiée le 5 janvier 2008 le fonctionnaire-dirigeant a condamné Madame A. au remboursement d'un indu de 12.470,00€ et à une amende équivalent à 100 % des prestations indues dont la moitié avec sursis, et ce pour avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations de soins infirmiers non effectuées ce qui a entraîné un débours indu pour ladite assurance. Ce fait est érigé en infraction par l'article 73bis de la loi coordonnée.

En vertu de l'article 157, § 1^{er}, de la loi coordonnée, le sursis, d'une durée de trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende 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. Au vu de cette disposition un sursis peut légalement être accordé.

En ce qui concerne le premier griefs, la présente chambre estime que les parties appelantes ont fait preuve d'une légèreté coupable alors qu'elles avaient déjà été sanctionnées pour des faits identiques en 2007. Il ne sera pas fait droit à la demande de sursis quant à ce.

En ce qui concerne les deuxième et troisième grief, la présente Chambre constate que la période infractionnelle est relativement longue. Il ne semble pas toutefois que c'est dans un but uniquement de lucre que Madame A. a commis ces infractions mais que la commission de celles-ci soit due, en partie du moins, à sa négligence. Un sursis sera accordé.

2. L'article 157, § 1^{er}, alinéa 3 énonce que : *"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."* Force est de constater que Madame A., par la présente décision, est condamnée du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve de trois ans. Le sursis doit être révoqué.

Les termes et délais

La totalité de l'indu, sous réserve de ce qui a déjà été remboursé, est de 46.563,22 €.

Faisant valoir qu'elles sont des débitrices malheureuses et de bonne foi, les parties appelantes sollicitent de pourvoir rembourser le montant des prestations perçues indûment par des versements mensuels de 1.000 € par mois. Elles déposent le compte de résultat et le bilan de la SPRL de l'année 2010. Elles ne donnent toutefois aucune précision quant à la situation personnelle de Madame A. et elles ne donnent aucune précision quant à la situation financière actuelle de la société. La présente Chambre relève qu'au vu de ces éléments il n'est pas établi que la situation pécuniaire des parties appelantes est difficile et que le remboursement de la dette risquerait de mettre en péril leur situation financière.

Il ne sera pas fait droit à cette demande.

Par ces motifs,

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

composée de Monsieur KREIT D., Président, et de Messieurs les docteurs LEVECQ A. et PAUWELS Cl., représentants des organismes assureurs, et Madame ORBAN J. et Monsieur PETERS E. représentants des organisations représentatives des infirmiers assistée de Madame METENS C., greffier,

après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Messieurs les Docteurs Levecq et Pauwels et Madame Orban et Monsieur Peters ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires,

Reçoit l'appel et le déclare en partie fondé,

Confirme la décision dont appel en ce qu'elle déclare les griefs établis et condamne solidairement les parties appelantes à rembourser la valeur des prestations indues, soit 46.563,22 €,

Prend acte du remboursement de 6.000,00 € par la seconde partie appelante,

Réforme la décision dont appel en ce qu'elle inflige aux parties appelantes deux amendes administratives d'un montant respectif de 152,82 € et de 46.563,22 €,

Condamne la 1^{ère} partie appelante pour le 1^{er} grief (prestations non effectuées) à une amende administrative de 200,00 € majorée des décimes additionnels,

Condamne la 1^{ère} partie appelante pour le 2^{ème} et 3^{ème} grief (prestations non conformes) à une amende administrative de 150,00 €, majorée des décimes additionnels, moyennant un sursis de trois ans pour la moitié du montant de l'amende,

Révoque le sursis accordé à la 1^{ère} partie appelante par la décision du 17 décembre 2007 du Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et contrôle médicaux et condamne la 1^{ère} partie appelante au paiement du solde de l'amende, soit 6.235,06 €.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 27 novembre 2013, à BRUXELLES, par Monsieur KREIT D., Président, assisté de Madame WARNOTTE I. Greffier.

Isabelle WARNOTTE
Greffier

Damien KREIT
Président