Articles 5 et 6
M.B. 19.6.2026
Règles interprétatives

Modifier

Insérer

~~Enlever~~

Règles interprétatives articles 5 et 6 (R.I.)

Table des matières:

- Généralités - R.I. 01 - 02
- Consultations - R.I. 01
- Soins conservateurs - R.I. 01 - 06
- Extractions chirurgicales - R.I. 01
- Extractions - R.I. 02 - 03
- Prothèses dentaires - R.I. 01 - 10
- Traitements orthodontiques - R.I. 01 - 18
- Implants oraux - R.I. 01 - 05
- Radiographies - R.I. 01
- Traitements préventifs - R.I. 01
- Soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie - R.I. 01

Généralités – Règle interprétative 01

QUESTION

Qu'entend-on par « cumul » ?

REPONSE

Par « cumul » on entend l’attestation de plusieurs prestations effectuées au cours d’une même séance.

Date du moniteur : 12/05/2006
Date de prise d'effet : 01/09/2005

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Généralités – Règle interprétative 02 (idem art 14l RI 19)

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 l), 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 l) sont exécutées, les numéros de l'article 5 peuvent être attestés à 100 % (sauf interdiction de cumul); la prestation principale de l'article 14 l) peut être attestée à 100 %, mais 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 l), effectuées en dehors du champ opératoire de la prestation principale peuvent être attestées à 50 %.

Date du moniteur : 12/05/2006
Date de prise d'effet : 01/09/2005

Articles : 5 ; 6 ; 14l ;

Numéro de nomenclature :

Consultations – Règle interprétative 01

QUESTION

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour les prestations 371011-371022, 301011-301022, 371092-371103, 301092-301103, 371114-371125 et 301114-301125 lorsqu'elles figurent avec un traitement sur l'attestation de soins donnés ?

REPONSE

Oui, mais en vertu des dispositions de l'article 6, § 1er, de la nomenclature, les honoraires pour les soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations qui sont effectuées du début à la fin du traitement.

Donc, si le bénéficiaire est obligé de consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'a pas de rapport avec le traitement en cours et qui ne fait pas partie du programme de traitement établi, l'intervention de l'assurance peut être octroyée. Par contre, si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison qui s'inscrit dans le cadre du traitement, cette consultation ne peut pas être attestée.

Date du moniteur : 29/04/2010 + erratum 11/06/2010
Date de prise d'effet : 01/09/2007

Articles : 5 ; 6 ; 6-§ 1 ;

Numéro de nomenclature : 301011, 301022 ; 301092 ; 301103 ; 301114 ; 301125 ; 371011 ; 371022 ; 371092 ; 371103 ; 371114 ; 371125 ;

Soins conservateurs – Règle interprétative 01

QUESTION

A quoi correspondent les prestations « traitement et obturation d'un canal ou des canaux d'une même dent » ?

REPONSE

Les prestations « traitement et obturation d'un canal ou de plusieurs canaux d'une même dent » comprennent :
- l'ouverture et le nettoyage de la chambre pulpaire;
- chaque radiographie prise après l'ouverture de la chambre pulpaire dans le cadre d'un traitement radiculaire;
- la détermination de la longueur canalaire, quelle que soit la technique utilisée;
- le nettoyage et l'obturation des canaux;
- la/les radiographie(s) de contrôle démontrant que chaque canal visible a été obturé.

Date du moniteur : 25/09/2009
Date de prise d'effet : 01/06/2007

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Soins conservateurs – Règle interprétative 02

QUESTION

Lorsqu'un soin conservateur de l'article 5 tel qu'obturation, restauration ou traitement radiculaire est effectué en deux ou plusieurs séances avec utilisation d'une digue, peut-on alors attester les prestations 373612-373623 et 303612-303623 "Honoraires complémentaires pour l'isolation de dent(s) au moyen d'une digue lors de soins conservateurs prévus à l'article 5 de la nomenclature" pour chaque séance ?

REPONSE

Non, les prestations 373612-373623 et 303612-303623 sont des prestations complémentaires à l'attestation d'une prestation d'un soin conservateur de l'article 5.
Ces prestations peuvent-être attestées qu'une seule fois par soin conservateur de l'article 5 lors de l'attestation de celui-ci et en outre, ces prestations ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance lorsque plusieurs soins conservateurs de l'article 5 ont été attestés lors de cette séance.

Date du moniteur : 28/04/2008
Date de prise d'effet : 01/06/2007

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 373612 ; 373623 ; 303612 ; 303623 **;**

Soins conservateurs – Règle interprétative 03

QUESTION

Que peut-on attester si on effectue une ou plusieurs obturations d'un moignon dentaire destiné au placement d'une prothèse fixe ou lorsqu'on procède à une restauration partielle ou complète de ce moignon ?

REPONSE

Si la restauration du moignon comprend 1 face, on peut attester la prestation pour l'(es)obturation(s) de cavité(s) sur 1 face de la dent. Si la restauration du moignon comprend 2 faces, on peut attester la prestation pour l'(es) obturation(s) d'une (de) cavité(s) sur 2 faces. Si la restauration du moignon comprend 3 faces ou si on effectue une restauration complète de ce moignon, on peut attester la prestation prévue pour l'(es) obturation(s) d'une (de) cavité(s) sur 3 ou plusieurs faces.

Date du moniteur : 28/09/2010
Date de prise d'effet : 01/06/2010

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Soins conservateurs – Règle interprétative 04

QUESTION

Les honoraires pour l'utilisation de la technique adhésive peuvent-ils être attestés pour des obturations à l'amalgame d'argent ?

REPONSE

Non.

Date du moniteur : 06/11/2012
Date de prise d'effet : 01/06/2007

Articles : 5 ; 6 ;

Soins conservateurs – Règle interprétative 05

QUESTION

Que comprend « l'isolation d'une ou de plusieurs dents au moyen d'une digue » ?

REPONSE

L'isolation d'une ou plusieurs dents au moyen d'une digue est l'apport d'une membrane en matière élastique grâce à laquelle une ou plusieurs dents et le terrain sont totalement isolés du reste de la cavité buccale.

Date du moniteur : 30/08/2013
Date de prise d'effet : 01/06/2007

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Soins conservateurs – Règle interprétative 06

QUESTION

Si après fracture d'une dent définitive, celle-ci est restaurée en faisant usage de fragment(s)amélo-dentinaire(s) issu(s) de cette dent, cette prestation entre-t-elle en ligne de compte pour un remboursement ?

REPONSE

Oui, la restauration d'une dent définitive fracturée en faisant usage de fragment(s) amélo-dentinaire(s) issu(s) de cette dent est considérée comme une "obturation d'une cavité" ou une "restauration".

Date du moniteur : 06/07/2017
Date de prise d'effet : 01/06/2010

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Soins conservateurs – Règle interprétative 07

QUESTION 07

L'article 6 stipule: ²Les prestations radiographiques sont réservées aux praticiens qui satisfont aux obligations réglementaires énoncées dans ou en vertu de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire »

Si un praticien qui ne satisfait pas aux obligations réglementaires précitées exécute une prestation pour laquelle une ou plusieurs radiographies sont obligatoirement incluses dans le libellé de cette prestation, peut-il l'attester ?

REPONSE

Non

Date du moniteur : 06/03/2020
Date de prise d'effet : 01/02/2018

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Extractions chirurgicales – Règle interprétative 01

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 01 est abrogée à partir du 01/09/2005 :
M.B. 12-05-2006

QUESTION

Un O.R.L. effectue régulièrement des extractions dentaires chez des patients qui lui sont envoyés par des dentistes.
L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour ces extractions ?

REPONSE

Les extractions dentaires reprises sous les numéros 303170 - 303181 et 303214 - 303225 effectuées sous anesthésie locale ou générale par un médecin spécialiste ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance sauf si ce médecin est porteur d'un diplôme de licencié en science dentaire ou du diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, délivré sous le régime des lois antérieures à celles du 21 mai 1929.

Date du moniteur : 01/01/2002
Date de prise d'effet : 11/01/2002

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 303170 ; 303181 ; 303214 ; 303225 ;

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 ;

Extractions – Règle interprétative 03

QUESTION

Les codes de nomenclature 374754-374765, 374776-374780, 304754-304765 ou 304776-304780 Ablation (section et extraction) de racine(s) peuvent-ils être attestés pour des extractions où l'on sépare les racines au préalable ?

REPONSE

Non.

Date du moniteur : 01/04/2009
Date de prise d'effet : 01/07/2008

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 374754 ; 374765 ; 374776 ; 374780 ; 304754 ; 304765 ; 304776 ; 304780 ;

Prothèses dentaires – Règle interprétative 01

QUESTION

Quelle prestation peut-on attester lorsqu'on replace ou remplace une dent ?

REPONSE

Lorsqu'une dent détachée est replacée sur la prothèse ou lorsqu'une dent est remplacée sur la prothèse, la prestation « réparation de prothèse » peut être attestée. La prestation « réparation de prothèse« vise toute réparation de prothèse, indépendamment du fait qu'il s'agit de la réparation de la base, de la réparation ou remplacement d'un crochet, du remplacement d'une dent détachée, du renouvellement d'une dent cassée, etc.
La prestation « Adjonction d'une dent à une prothèse existante » concerne les cas où une dent supplémentaire est placée sur une prothèse dentaire existante.

Date du moniteur : 01/01/2002
Date de prise d'effet : 11/01/2002

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 02

QUESTION

Les conditions d'octroi d'une prothèse dentaire doivent-elles entrer en compte en cas d'adjonction de dent(s), de réparation de prothèse, de rebasage ? Le fait que la prothèse existante a été remboursée ou non intervient-il ?

REPONSE

L'intervention de l'assurance pour l'adjonction d'une dent (de dents), pour la réparation d'une prothèse ou pour son rebasage est conditionnée par toutes les exigences énoncées dans l'article 6, § 5 de la nomenclature des prestations de santé.
Le fait que la prothèse qui a fait l'objet de l'adjonction d'une dent (de dents), d'une réparation ou d'un rebasage n'a pas donné lieu à une intervention de l'assurance, n' influence pas l'intervention de l'assurance pour les actes dont il est question ci-dessus.

Date du moniteur : 12/05/2006
Date de prise d'effet : 01/09/2005

Articles : 5 ; 6 ; 6-§ 5 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 03

QUESTION

De quelle manière les prestations « Adjonction de dents, réparation de prothèse et remplacement de la base » doivent-elles être indiquées sur l'attestation de soins donnés ?

REPONSE

Il y a lieu de mentionner sur l'attestation de soins donnés les codes de nomenclature des prestations effectuées, suivis du code nomenclature de la prothèse telle qu'elle existait avant ces prestations.

Date du moniteur : 12/05/2006
Date de prise d'effet : 01/09/2005

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 04

QUESTION

Un apport de résine in situ sur la base d'une prothèse dentaire peut-il être attesté sous les numéros prévus pour le remplacement de la base d'une prothèse inférieure ou supérieure ? ~~**(Libellé des prestations - « Les honoraires pour le remplacement de la base sont équivalents à 30 pc. des honoraires prévus pour la prothèse »).**~~

REPONSE

Non, l'apport de résine in situ sur la base d'une prothèse dentaire ne peut être attesté sous les numéros prévus pour le remplacement de la base d'une prothèse inférieure ou supérieure. Cette prestation peut être attestée dans ce cas sous les numéros prévus pour la réparation d'une prothèse inférieure ou supérieure ~~**("Réparation de prothèse : maximum par prothèse et par année civile - L 61,5")**~~

Date du moniteur : 01/01/2002 + 12/05/2006 + 06/07/2017
Date de prise d'effet : 01/12/2016

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 05

QUESTION

Un assuré souhaite ajouter des dents sur une prothèse partielle anciennement confectionnée. Sur quelle base faut-il calculer le montant de l'intervention de l'assurance?

REPONSE

L'intervention de l'assurance s'élève à L 85 pour l'ajout d'une première dent et L 24,5 pour l'ajout de la dent suivante. L'intervention totale de l'assurance pour la prothèse et l'ajout de dents est toutefois limité par mâchoire et par prothèse à L 600, si le bénéficiaire est au moins âgé de 50 ans ou répond aux conditions permettant une dérogation à la limite d'âge. Si la marge disponible lors d'un ajout de L 85 ou L 24,5 n'est pas suffisante et fait atteindre le plafond de L 600, alors l'intervention de l'assurance se limite à la valeur L restante pour atteindre ce plafond convertie en valeur journalière L en euros à la date de la prestation.

Date du moniteur : 01/01/2002 + 12/05/2006 + 26/02/2016
Date de prise d'effet : 01/02/2016

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 06

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 06 est abrogée à partir du 01/09/2005:
M.B. 12-05-2006

QUESTION

Un assuré qui satisfait aux conditions stipulées dans l'article 6, § 5, A , souhaite compléter une prothèse partielle. Sur quelle base le montant de l'intervention de l'assurance doit-il être calculé après le 1er janvier 2002, date à laquelle l'arrêté royal du 13 novembre 2001 modifiant l'article 6, § 5, A , de la nomenclature des prestations de santé entre en vigueur ?

REPONSE

L'intervention de l'assurance s'élève à L 85 pour l'adjonction de la première dent et à L 24,5 pour l'adjonction de chaque dent supplémentaire.
L'intervention totale de l'assurance pour la prothèse et l'adjonction de dent(s) est toutefois limitée par mâchoire et par période de sept ans à compter de la date du placement de la prothèse initiale, à L 600.

Date du moniteur : 19/04/2002
Date de prise d'effet : 19/04/2002

Articles : 5 ; 6 ; 6-§ 5 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 07

QUESTION

Peut-on durant une même séance attester une réparation de prothèse et l'adjonction de dent(s) ?

REPONSE

Oui, à condition qu'il s'agisse de deux prestations effectuées séparément.

Date du moniteur : 06/05/2004
Date de prise d'effet : 06/05/2004

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 08

QUESTION

Peut-on durant une même séance attester une réparation de prothèse et un remplacement de la base ?

REPONSE

Oui, à condition qu'il s'agisse de deux prestations effectuées séparément.

Date du moniteur : 06/05/2004
Date de prise d'effet : 06/05/2004

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 09

QUESTION

Une prothèse amovible de moins de 14 dents peut-elle être considérée comme une prothèse amovible totale ?

REPONSE

Une prothèse amovible de moins de 14 dents remplit les conditons pour être une prothèse amovible totale quand elle repond à la définition de la prothèse amovible totale suivante :
Une prothèse amovible totale (PAT) est un appareil (dentaire) qui remplace toutes les dents qui se trouvent normalement sur l'arcade dentaire, sauf si l'involution des tissus portants, l'anatomie spéciale de la mâchoire, des troubles d'occlusion ou d'autres facteurs soit une justification pour ne pas remplacer toutes les dents manquantes. La base de la PAT doit couvrir la totalité des tissus portants, y compris certains organes dentaires éventuellement restants ou remplacés.
Cela signifie d'une part, qu'une PAT peut comporter moins de 14 dents sur une mâchoire édentée et d'autre part, qu'une PAT peut être placée sur une mâchoire où, soit des racines subsistent, soit des implants ont été placés, à condition que ces éléments soient couverts par la PAT.
Dans toutes ces conditions, une prothèse amovible totale doit être attestée.

Date du moniteur : 12/05/2006
Date de prise d'effet : 01/09/2005

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Prothèses dentaires – Règle interprétative 10

QUESTION

Dans le cas d'une prothèse amovible sur implant, peut-on attester un ajustage et/ou le remplacement de parties des systèmes d'ancrage comme une réparation ?

REPONSE

L'ajustage et/ou le remplacement de parties non métalliques des systèmes d'ancrage dans le cas d'une prothèse amovible sur implant ne sont pas considérés comme une réparation et ne peuvent dès lors pas être attestés comme telle.

Date du moniteur : 14/10/2016
Date de prise d'effet : 01/02/2016

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 01

QUESTION

Un praticien de l'art dentaire prend personnellement certaines mensurations lors d'une séance de traitement orthodontique régulier, prévue sous les N° 305616-305620, 305653-305664 et 305734-305745, soit lors d'une séance de contrôle de contention 305852-305863 ou lors d'une séance couverte par les forfaits de traitement de première intention, pendant laquelle il a sollicité les services d'un logopède.
Peut-on assimiler ce travail supplémentaire à une consultation 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012 et 102535 ou un examen buccal semestriel 371556-371560, 371571-371582 ?

REPONSE

Non.

Date du moniteur : 01/01/2002 + 12/05/2006 + 30/05/2008 + 06/11/2012 + 16/09/2014
Date de prise d'effet : 01/04/2014

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 101054 ; 102012 ; 102535 ; 301011 ; 301022 ; 301092 ; 301103 ; 305616 ; 305620 ; 305653 ; 305664 ; 305734 ; 305745 ; 305852 ; 305863 ; 371011 ; 371022 ; 371092 ; 371103 ; 371556 ; 371560 ; 371571 ; 371582 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 02

QUESTION

Un traitement orthodontique peut-il être attesté sous les n° 371011-371022, 301011-301022 * Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, d'un médecin spécialiste en stomatologie ou d'un médecin-dentiste, ou 371092-371103, 301092-301103 * Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, ou 101054 * Consultation au cabinet du médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL), ou 102012 * Consultation au cabinet par un autre médecin spécialiste, 102535 * Consultation au cabinet par un autre médecin spécialiste accrédité ?

REPONSE

Les prestations n° 371011-371022, 301011-301022, 371092-371103, 301092-301103, 101054, 102012 et 102535 ne peuvent pas être attestées pour une séance de traitement orthodontique, que ce traitement entre en ligne de compte ou non pour une intervention de l'assurance.

Date du moniteur : 30/05/2008 + 16/09/2014
Date de prise d'effet : 01/04/2014

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 101054 ; 102012 ; 102535 ; 301011 ; 301022 ; 301092 ; 301103 ; 371011 ; 371022 ; 371092 ; 371103 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 03

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 03 est abrogée à partir du 01/01/2007 :
M.B. 02-10-2007

QUESTION

La prestation n° 305830 - 305841 * Avis ou examen orthodontique, avec rapport peut-elle faire l'objet d'une intervention de l'assurance lorsqu'un traitement orthodontique est effectué chez un enfant âgé de plus de 14 ans ?

REPONSE

La prestation n° 305830 - 305841 peut donner lieu à l'intervention de l'assurance après le 14e anniversaire lorsque celle-ci est attestée dans le courant d'un traitement orthodontique pour lequel une autorisation d'intervention de l'assurance a été obtenue.

Date du moniteur : 01/01/2002
Date de prise d'effet : 11/01/2002

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 305830 ; 305841 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 04

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 04 est abrogée à partir du 01/04/2014 :
M.B. 16/09/2014

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes « troubles congénitaux de la croissance objectivés... » mentionnés à l'article 6, § 8, de la nomenclature des prestations de santé?

REPONSE

Les dérogations à la limite d'âge pour des cas exceptionnels de troubles congénitaux objectivés de la croissance, concernant les affections qui, au moment du diagnostic et donc avant le 15e anniversaire, ne laissent d'aucune manière présager avec certitude qu'un traitement orthodontique sera nécessaire. En cela, le trouble congénital généralisé de la croissance diffère donc des troubles congénitaux stomatologiques locaux du développement (par exemple, fente labiale et palatine), où un traitement orthodontique s'impose de facto et doit dès lors toujours être demandé avant la 15e année. Ce sont donc l'aspect de trouble généralisé de la croissance et le caractère non prévisible de cette situation d'exception qui la distinguent des autres cas de demandes tardives de traitement orthodontique.
Le rapport circonstancié explicitant la motivation doit être établi par le médecin spécialiste qui traite le trouble de la croissance et non par le dentiste traitant, ni par le médecin de médecine générale, ni par le médecin stomatologue, dont aucun ne traite le patient pour des troubles de croissance généralisés.

Date du moniteur : 02/10/2007
Date de prise d'effet : 01/12/2006

Articles : 5 ; 6 ; 6-§ 8 ;

Numéro de nomenclature :

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 05

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 05 est abrogée à partir du 01/04/2014 :
M.B. 16/09/2014

QUESTION

Une prestation 305594-305605 peut-elle être attestée après le quinzième anniversaire ?

REPONSE

La prestation 305594-305605 peut être attestée après le quinzième anniversaire en vertu de la règle de dérogation à la limite d'âge. Toutefois, l'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour cette prestation n'est due que pour autant que le Conseil technique dentaire ait donné son accord pour le remboursement du traitement orthodontique.
La prestation 305594-305605 peut également être attestée après le quinzième anniversaire pour autant qu'une demande d'intervention (annexe 60) ait été introduite auprès du médecin-conseil avant la date du quinzième anniversaire de l'enfant et qu'un accord d'intervention ait été obtenu.
Si la demande a été introduite, à titre conservatoire, pour des raisons dûment motivées, et qu'un accord d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire a été obtenu pour le traitement, le remboursement de la prestation 305594-305605 pourra se faire de nouveau dans les conditions définies par le § 10 de l'article 6 de la nomenclature.

Date du moniteur : 21/02/2007
Date de prise d'effet : 01/12/2006

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305594 ; 305605 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 06

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 06 est abrogée à partir du 01/12/2009:
M.B. 17/12/2010

QUESTION

L'intervention de l'assurance cesse-t-elle si le placement de l'appareil n'est pas directement suivi par un traitement orthodontique ?

REPONSE

L'intervention de l'assurance pour le traitement orthodontique cesse si aucun forfait mensuel orthodontique n'est attesté dans un délai de six mois suivant la date de placement de l'appareillage.

Date du moniteur : 06/05/2004
Date de prise d'effet : 06/05/2004

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 07

QUESTION

Quelles conditions doivent être respectées pour qu'un appareil orthodontique soit considéré comme répondant aux prestations 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 et 305675-305686 ?

REPONSE

Pour être considéré comme répondant aux prestations 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 et 305675-305686, un appareil orthodontique doit
* être confectionné sur mesure pour le patient et
* pouvoir être activé et contribuer à la correction de la dysmorphose.

Date du moniteur : 30/05/2008 + 16/09/2014
Date de prise d'effet : 01/04/2014

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 305631 ; 305642 ; 305675 ; 305686 ; 305933 ; 305944 ; 305955 ; 305966 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 08

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 08 est abrogée à partir du 01/04/2014 :
M.B. 16/09/2014

QUESTION

Quand peut-on introduire une demande de continuation de traitement orthodontique ? Quelle est la procédure en application ?

REPONSE

Une demande de prolongation de l'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour une continuation de traitement peut être introduite quand un précédent accord a été sollicité et qu'a été obtenu un nombre inférieur au nombre maximum de trente-six forfaits de traitement régulier que peut comprendre initialement un traitement orthodontique.
L'accord d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour une demande de continuation est de la seule compétence du médecin-conseil.
La procédure d'introduction est semblable à celle de la demande de prolongation :
1) Elle doit être effectuée sur un formulaire réglementaire annexe 60;
2) Elle doit être introduite auprès du médecin-conseil au plus tard dans le courant du 3e mois civil suivant celui au cours duquel a été attesté le dernier des forfaits octroyés initialement dans le cadre d'un traitement régulier.
3) Ce dernier forfait pour un traitement régulier doit être attesté sous le numéro 305712 -305723.
4) En cas d'introduction tardive, le médecin-conseil réduit le nombre de forfaits de traitement régulier supplémentaires accordé d'un nombre égal au nombre de mois de retard enregistré dans l'introduction de la demande de continuation de traitement, tout mois entamé étant considéré comme mois entier de retard.

Date du moniteur : 21/02/2007
Date de prise d'effet : 01/01/2007

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305712 ; 305723 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 09

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 09 est abrogée à partir du 01/04/2014 :
M.B. 16/09/2014

QUESTION

Quand peut-on attester la prestation 305830-305841 ? Quand bénéficie-t-elle d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire ?

REPONSE

La prestation 305830-305841 peut être attestée lorsqu'un avis ou examen orthodontique est accompagné d'un rapport écrit à l'attention d'un praticien de l'art dentaire, d'un médecin, d'un logopède ou d'un kinésithérapeute.
Elle peut être aussi attestée lors de la rédaction du formulaire réglementaire annexe 60 lors d'une demande de continuation de traitement à l'attention d'un médecin-conseil ou de prolongation de traitement à l'attention du Conseil technique dentaire.
La prestation peut être attestée et faire l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire uniquement si elle est effectuée chez un patient qui répond aux conditions pour l'octroi d'une intervention pour un traitement orthodontique dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

Date du moniteur : 21/02/2007
Date de prise d'effet : 01/01/2007

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305830 ; 305841 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 10

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 10 est abrogée à partir du 01/04/2014 :
M.B. 16/09/2014

QUESTION

Peut-on cumuler la prestation 305830-305841 avec la prestation 305594-305605 et/ou la consultation ?

REPONSE

Non.

Date du moniteur : 21/02/2007
Date de prise d'effet : 01/01/2007

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305594 ; 305605 ; 305830 ; 305841 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 11

QUESTION

Une notification ordinaire pour démarrage d'un traitement orthodontique déposée auprès d'un organisme assureur peut-elle être transformée en notification "à titre conservatoire" ?

REPONSE

Une notification "ordinaire" avertissant qu'un traitement orthodontique régulier va démarrer reste valable deux ans. Pendant cette période de validité MAIS uniquement après le 13e anniversaire du patient, le praticien de l'art dentaire peut transformer la notification initiale ordinaire en une notification effectuée à titre conservatoire après avoir modifié son plan de traitement pour des raisons dûment notifiées par écrit au médecin-conseil.

Date du moniteur : 02/10/2007 + 16/09/2014
Date de prise d'effet : 01/04/2014

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature :

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 12

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 12 est abrogée à partir du 01/04/2014 :
M.B. 16/09/2014

QUESTION

Pour quel patient peut-on attester un 305911-305922 ?

REPONSE

La prestation 305911-305922 - analyse céphalométrique - se trouve dans la rubrique « Traitements orthodontiques » de la nomenclature dentaire. La prestation peut uniquement être attestée chez des patients qui ne sont pas exclus de remboursement pour un traitement orthodontique.
Chez les patients de moins de 15 ans, la prestation peut toujours être attestée et remboursée, pour autant que le droit au remboursement d'un traitement orthodontique ne soit pas aboli à la suite de l'intégration d'une disposition dans la nomenclature des prestations de santé.
Chez les patients de plus de 15 ans, la prestation peut seulement être attestée et remboursée pour autant qu'il y ait encore un accord valable pour le remboursement d'un traitement orthodontique.

Date du moniteur : 02/10/2007
Date de prise d'effet : 01/12/2006

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305911 ; 305922 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 13

QUESTION

L'attestation du 305911-305922 est-elle liée à l'attestation d'un 307112-307123, 377112-377123, 307134-307145 ou 377134-377145?

REPONSE

Non.

Date du moniteur : 02/10/2007
Date de prise d'effet : 01/12/2006

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305911 ; 305922 ; 307112 ; 307123 ; 307134 ; 307145 ; 377112 ; 377123 ; 377134 ; 377145 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 14

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 14 est abrogée à partir du 01/04/2014 :
M.B. 16/09/2014

QUESTION

Comment peut-on attester les forfaits pour traitement régulier par le numéro de nomenclature 305316-305620 ?

REPONSE

Il existe deux manières d'attester :

1. ou bien immédiatement après que 6 prestations 305316-305620 ont été effectuées. Dans ce cas, les 6 forfaits pour traitement régulier peuvent être attestés au plus tôt pendant le 3e mois du semestre en cours et au plus tard pendant le 18e mois du traitement en cours.

Ex. 1 : pour un traitement qui commence le 25 janvier 2010 par le 305631-305642, il peut être attesté 6 x 305616-305620 avant la fin du premier semestre du traitement et ce, au plus tôt en mars 2010 si au début de ce traitement, deux forfaits par mois étaient nécessaires. Dans ce cas, aucun forfait ne peut plus être attesté jusqu'à la fin du semestre, dans cet exemple pendant les mois d'avril, de mai et de juin 2010, et ce parce que seuls 6 x 305616-305620 par semestre peuvent être attestés.

Ex. 2 : pour un traitement qui commence le 25 janvier 2010 par le 305631-305642, les prestations 305616-305620 doivent être attestées au plus tard le 30 juin 2011, quel que soit le nombre de forfaits pour traitement régulier réalisés (arrêté royal 22 octobre 2009).

2. ou bien au cours du sixième mois civil d'un semestre pendant lequel un traitement régulier a été effectué. L'attestation de soins donnés peut alors comprendre 1 à 6 forfaits pour traitement régulier.

Date du moniteur : 17/12/2010
Date de prise d'effet : 01/12/2009

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305616 ; 305620 ; 305631 ; 305642 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 15

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 15 est abrogée à partir du 01/04/2014 :
M.B. 16/09/2014

QUESTION

Quel est le mois de référence dans le calcul d'un semestre de traitement ?

REPONSE

C'est le mois du placement de l'appareillage et de la prestation du code 305631 qui est, ordinairement, le mois de référence pour le calcul des semestres de traitement.
Ex. : le 305631 est attesté le 15 mars 2007. Le premier semestre de traitement s'étalera sur les mois de mars, avril, mai, juin, juillet et août 2007. Un nouveau semestre redémarre alors à partir de septembre 2007 et ainsi de suite.
En conséquence, si 6 contrôles de traitement régulier ont été attestés dans le courant du mois de juin 2007, le prochain 305616 ne pourra seulement être pris en considération que s'il est effectué dans le courant du mois de septembre de cette année 2007.
Cependant, il peut y avoir lieu de modifier cette référence initiale après l'utilisation d'un 305653, d'un 305712, ou lors d'un changement de praticien, à condition que ce soit sans préjudice de l'article 5 de la NPS se rapportant à la définition générale du 305616, c'est-à-dire au maximum 6 prestations par semestre, et de considérer, le mois de reprise de traitement comme le départ d'un nouveau semestre de contrôle de traitement régulier.

Date du moniteur : 02/10/2007
Date de prise d'effet : 01/01/2007

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305616 ; 305631 ; 305653 ; 305712 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 16

QUESTION

Quand peut-on attester le 305675-305686 et quand peut-on attester un 2e et un 3e 305675-305686 ?

REPONSE

Il y a 2 conditions liées à l'attestation du 305675-305686. Celle-ci n'est autorisée qu'après 6 prestations 305616-305620 ET au plutôt dans le courant du 6e mois du traitement orthodontique régulier (elle peut donc l'être bien plus tard même en fin de traitement)
Ex. : le 305631-305642 est effectué et attesté le 15 mars 2007 et le dernier des 6 premiers 305616-305620 est attesté dans le courant de juillet 2007. Il n'y a donc pas un semestre entier écoulé depuis le premier 305616-305620 et le sixième. Le 305675-305686 ne peut donc être attesté à la date où a été effectué le sixième 305616-3056 puisque celui-ci l'a été dans le courant du 5e mois du traitement. Il ne pourra l'être au plus tôt qu'au mois d'août.
Ex. : le 305631-305642 a été effectué et attesté le 15 mars 2007, une cinquième 305616-305620 a été prestée en août 2007. Il y a bien un semestre écoulé de mars 2007 à août 2007 mais il y a eu que 5 prestations 305616-305620. Le 305675-305686 ne peut donc être attesté à la date du cinquième 305616-305620. Il ne pourra l'être au plus tôt que sur une autre attestation de soins qui comportera la 6e prestation 305616-305620
Le 2e et le 3e 305675-305686 ne peuvent être attestés qu'après autorisation du Conseil technique dentaire.

Date du moniteur : 02/10/2007 + 16/09/2014
Date de prise d'effet : 01/04/2014

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305616 ; 305620 ; 305631 ; 305642; 305675 ; 305686 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 17

QUESTION

Peut-on attester un 317295-317306 pendant la période d'un traitement orthodontique de première intention repris sous les codes 305933-305944 et 305955-305966 ?

REPONSE

On peut attester un 317295-317306 pendant la période d'un traitement orthodontique de première intention pour autant que la prestation ne serve pas à corriger les articulés croisés frontaux et latéraux, à lever les verrouillages frontaux et/ou transversaux de l'occlusion, à prévenir les traumatismes antérieurs par la correction de la position des incisives et à corriger un manque de place pendant la phase de permutation dentaire.

Date du moniteur : 30/05/2008 + 16/09/2014
Date de prise d'effet : 01/04/2014

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 317295 ; 317306 ; 305933 ; 305944 ; 305955 ; 305966 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 18

QUESTION

L'attestation de la prestation 305572-305583 ou 305911-305922 exige-t-elle la présence du patient ?

REPONSE

Non.

Date du moniteur : 16/09/2014
Date de prise d'effet : 01/04/2014

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305572 ; 305583 ; 305911 ; 305922 ;

Traitements orthodontiques – Règle interprétative 19

QUESTION

Les prestations 305631-305642 et 305675-305686 sont des forfaits d'appareillages d'un traitement orthodon-tique régulier. Quels sont les dispositifs qui sont compris dans ces forfaits d'appareillages ?

REPONSE

Ces forfaits d'appareillages 305631–305642 et 305675–305686 comprennent les dispositifs orthodontiques suivants :

De manière générale, le traitement orthodontique régulier a pour objectif d'aligner les dents définitives et de corriger les décalages des mâchoires. L'appareil fixe multi-attache et/ou les gouttières successives, aussi appelées aligneurs orthodontiques, sont les appareils le plus couramment utilisés pour finaliser les alignements dentaires et corriger les décalages des mâchoires.

Pour un appareil fixe multi-attache, les forfaits d'appareillage 305631–305642 et 305675–305686 comprennent toutes les attaches orthodontiques (aussi appelées plaquettes ou brackets) mais aussi les fils (arcs) orthodontiques, les ligatures élastomériques et métalliques des attaches, les chaînettes élastomé-riques, les ressorts (coil spring ouvert et fermé), les petites pièces de la dimension d'une attache orthodontique de toute nature (hooks, pins, caplin, boutons …) et les élastiques intermaxillaires sont également compris dans les forfaits d'appareillages 305631–305642 et 305675–305686.

Pour les aligneurs orthodontiques, les forfaits d'appareillage 305631–305642 et 305675–305686 comprennent la série principale d'un traitement par aligneurs.

Cette série principale constitue la première série d'aligneurs orthodontiques, soigneusement conçue par le praticien de l'art dentaire lors d'une planification numérique de traitement.

Cette série principale doit permettre de réaliser l'ensemble des déplacements dentaires, étape par étape selon la planification numérique de traitement préalablement établi. Cette planification numérique de traitement doit être établi de manière à ce qu'un bon alignement des arcades et une occlusion correcte puissent être obtenus avec la série principale d'aligneurs.

Cette série principale a pour objectif de permettre la correction de la malocclusion diagnostiquée en début de traitement et d'amener les dents aussi près que possible de la position finale planifiée dans la planification numérique de traitement. Il est important d'insister sur le fait que le port des aligneurs orthodontiques est de 22 heures sur 24 pour permettre la réussite du traitement.

Les forfaits d'appareillages 305631–305642 et 305675–305686 comprennent également le collage des attachements en résine ou tout autre matériau, des boutons, des petites pièces de la taille d'un attachement de toute nature (power arm, caplin, boutons, …) et les élastiques intermaxillaires.

A la fin du traitement avec la série principale, une évaluation du résultat obtenu doit être réalisée. En fonction du résultat obtenu, une ou plusieurs séries supplémentaires d'aligneurs orthodontiques peuvent être proposées pour améliorer davantage la position des dents et des mâchoires. La (les) série(s) supplémentaire(s) d'aligneurs orthodontiques n'est (ne sont) pas comprises dans les forfaits d'appareillage 305631–305642 et 305675–305686.

La (les) planification(s) numérique(s) de traitement n’est (ne sont) pas comprise(s) dans les forfaits d’appareillages 305631–305642 et 305675–305686.

Date du moniteur : 19/6/2026
Date de prise d'effet : 01/06/2026

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 305631–305642 en 305675–305686

;

Implants oraux – Règle interprétative 01

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 01 est abrogée à partir du 01/01/2010:
M.B. 27-11-2009

QUESTION

A quelles conditions doivent répondre les implants prévus par la prestation 308512-308523 pour être remboursables?

REPONSE

Pour être remboursable, la prestation doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :
- l'implant ne peut être de nature provisoire;
- l'implant doit avoir un diamètre minimal de trois mm pour la partie ostéo-intégrable;
- l'implant doit avoir une longueur ostéo-intégrable minimale de sept mm;
- seuls les implants dont le pilier est détachable de l'implant sont retenus;
- les données techniques doivent être consignées dans le dossier dentaire du patient.

Date du moniteur : 23/04/2009
Date de prise d'effet : 01/05/2009

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature : 308512 ; 308523 ;

Implants oraux – Règle interprétative 02

QUESTION

Un assuré qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance pour sa prothèse, peut-il bénéficier d'une intervention pour deux implants et/ou le placement du pilier sur ces implants et la mise en place des ancrages correspondants dans la prothèse amovible inférieure complète ?

REPONSE

Oui, ce bénéficiaire qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance a droit à une intervention pour des implants et/ou pour le placement de deux piliers et leur ancrage sur ces deux implants, pour autant qu'il ait plus de 70 ans et qu'il réponde à toutes le conditions de l'article 6, paragraphe 5*bis* de la nomenclature des prestations de santé.

Date du moniteur : 17/12/2010 + 25/09/2014
Date de prise d'effet : 01/05/2014

Articles : 5 et 6 ; 6 § 5*bis* ;

Numéro de nomenclature :

Implants oraux – Règle interprétative 03

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 03 est abrogée à partir du 01/05/2014:
M.B. 25/09/2014

QUESTION

Si un assuré possède plusieurs prothèses dentaires remboursées, quelle est la prothèse visée par "la prothèse dentaire complète amovible existante" ?

REPONSE

La prothèse dentaire complète amovible existante" est la prothèse inférieure complète amovible qui a été remboursée en dernier lieu.

Date du moniteur : 17/12/2010
Date de prise d'effet : 01/05/2009

Articles : 5 et 6 ;

Numéro de nomenclature :

Implants oraux – Règle interprétative 04

QUESTION

Existe-t-il une intervention pour l'ancrage d'une nouvelle prothèse chez un assuré déjà porteur d'implants non indemnisés ?

REPONSE

Oui, pour autant que la prothèse précédente réponde aux conditions mentionnés dans l'article 6, paragraphe 5*bis*, et pour laquelle les piliers sont aussi remplacés.

Date du moniteur : 17/12/2010 + 25/09/2014
Date de prise d'effet : 01/05/2014

Articles : 5 et 6 ; 6 § 5*bis* ;

Numéro de nomenclature :

Implants oraux – Règle interprétative 05

QUESTION

Qu'entend-on par « maxillaire inférieur totalement édenté » ?

REPONSE

Dans le cadre de la rubrique « implants oraux » de l'article 5 de la nomenclature, un maxillaire inférieur est considéré comme totalement édenté lorsqu'une inspection de visu ne révèle pas de dents ou de racines dentaires.

Date du moniteur : 10/06/2011
Date de prise d'effet : 01/05/2009

Articles : 5 et 6 ; 5 ;

Numéro de nomenclature :

Radiographies – Règle interprétative 01

QUESTION

Une imagerie 3D prise au moyen d'un appareil Conebeam CT peut-elle être attestée comme une radiographie de l'article 5 ?

REPONSE

Non, sauf sous les numéros de code 377230-377241, 307230-307241 et 307252-307263.

Date du moniteur : 06/11/2012 + 03/05/2013
Date de prise d'effet : 01/03/2011

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 377230 ; 377241 ; 307230 ; 307241 ; 307252 ; 307263 ;

Traitements préventifs – Règle interprétative 01

ATTENTION

LA REGLE INTERPRETATIVE 01 est abrogée à partir du 01/06/2026 :
M.B. 01/06/2026

~~QUESTION~~

~~Peut-on, au cours d'un examen buccal annuel 301593-301604 effectué conformément à la règlementation, également effectuer un acte préventif comme par exemple éliminer la plaque dentaire ou effectuer un léger détartrage ?~~

~~REPONSE~~

~~Oui, mais cet acte préventif complémentaire est alors compris dans les honoraires de la prestation 301593-301604.~~

Date du moniteur : ~~23/03/2015~~
Date de prise d'effet : ~~01/04/2015~~

Articles : 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature : 301593 ; 301604 ;

Soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l’anodontie - Règle interprétative 01

QUESTION 01

Dans la rubrique cancer, qu’entend-on par “barre sur 2 implants ostéo-intégrés, première connexion“ et “barre sur 2 implants ostéo-intégrés, connexion supplémentaire“?

REPONSE

Une barre est une connexion métallique fixe entre 2 ou plusieurs piliers. La connexion entre les 2 premiers piliers forme la “première connexion“. Toute connexion de piliers suivante à cette même barre est “une connexion supplémentaire“. Comme une extension libre ne connecte pas deux piliers, par définition il ne s’agit pas d’une "connexion supplémentaire".

Date du moniteur : 22/11/2019
Date de prise d'effet 01/01/2020

Articles: 5 ; 6 ;

Numéro de nomenclature :