

Art. 6. Généralités.

"A.R. 7.6.1991" (en vigueur 1.6.1991) + "A.R. 13.2.2006" (en vigueur 1.1.2006) + "A.R. 31.8.2007" (en vigueur 1.9.2007) + "A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.5.2012)

"§ 1^{er}. Les honoraires pour consultation comprennent l'examen du patient et la prescription éventuelle de médicaments. Les honoraires pour consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour une prestation de soins dentaires, à l'exception des radiographies reprises à l'article 5, du supplément d'honoraires pour la prestation technique effectuée au cours d'un service de garde organisé lors d'un jour de pont et des prestations 301254-301265 et 371254-371265."

"A.R. 15.6.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 18.5.2008" (en vigueur 1.7.2008)

"§ 1^{er} bis. La consultation prévue sous les n^{os} 371033-371044 et 301033-301044 fait l'objet d'une demande écrite du médecin traitant. Le dentiste conserve cette demande dans le dossier dentaire. La présence du médecin n'est pas requise."

"A.R. 20.9.2002" (en vigueur 1.12.2002)

"§ 1^{er} ter. Par consultation, il faut entendre l'examen bucco-dentaire du patient au cabinet dentaire en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection, la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen."

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007)

"§ 1^{quater}. Pendant une hospitalisation pour une prestation de l'article 5 ou 14 I, aucune consultation ne peut être attestée."

§ 2. Sauf exceptions prévues au présent article, les règles relatives à l'ensemble de la nomenclature sont applicables aux prestations de soins dentaires et aux praticiens qui les effectuent.

"A.R. 29.3.2000" (en vigueur 1.5.2000) + "A.R. 18.5.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.6.2010)

"§ 2 bis. La prestation 301593-301604 ne peut être attestée qu'à la condition suivante :

Le prestataire de soins doit tenir et après chaque soin dentaire actualiser un dossier dentaire individuel contenant au moins :

- l'identification du patient;
- la date de naissance;
- l'anamnèse médicale en rapport avec les pathologies bucco-dentaires;
- un exemplaire des radiographies effectuées ou leur protocole des pathologies observées;
- le plan de traitement proposé lors de cet examen buccal (soins à envisager avec identification des dents à traiter);
- le traitement appliqué et/ou la médication;
- le renvoi éventuel vers un autre prestataire de soins."

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.5.2012)

"§ 2ter. Pour les prestations 371136-371140, 301136-301140 et les prestations de l'article 5, § 4, les ponts sont fixés par le Comité de l'assurance sur la proposition la Commission nationale dento-mutualiste et le service de garde organisé doit répondre aux dispositions de l'article 9 §§ 1 et 2 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Le supplément d'honoraires pour une prestation technique urgente ou consultation ne peut être porté en compte que dans les cas où l'état du patient nécessite que ces soins ou cette consultation soient effectués d'urgence pendant les heures et jours mentionnés et ne peuvent être reportés. Ce supplément ne peut être porté en compte lorsque la prestation technique ou la consultation est effectuée pendant les jours et heures mentionnés, pour des raisons personnelles du praticien de l'art dentaire ou par suite d'exigence particulière du patient.

Pour le supplément pour une prestation technique urgente ou une consultation, une intervention personnelle est à charge du bénéficiaire dans les mêmes conditions que les prestations elles-mêmes.

En cas de prestations multiples effectuées au cours d'un service de garde organisé lors d'un pont, le supplément d'honoraires prévu pour la prestation urgente est calculé sur la base de la somme des honoraires prévus pour chacune de ces prestations. Dès lors, lorsque des prestations techniques en L et en N entrent en ligne de compte conjointement pour permettre le bénéfice du supplément, il est indiqué de convertir la valeur relative de N en L, en multipliant la valeur relative de N par 0,6.

Pour les prestations de radiologie de l'article 5, seul un supplément d'honoraires est remboursé pour les prestations énumérées ci-après : 307016-307020, 307031-307042, 307053-307064, 307090-307101, 377016-377020, 377031-377042, 377053-377064 et 377090-377101.

Pour la prestation 317295-317306, aucun supplément d'honoraires n'est remboursé pour la prestation technique urgente effectuée au cours d'un service de garde organisé lors d'un pont. "

Extractions et obturations

§ 3. Abrogé par A.R. 6.12.2005 (en vigueur 1.9.2005)

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007)

"§ 3bis. L'intervention de l'assurance pour les prestations 304894-304905 et 304916-304920 est uniquement due si l'extraction dentaire est fait dans une des circonstances suivantes :

1) consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

2) préalable à une sanification de la bouche dans le cadre d'une radiothérapie au niveau de la tête ou du cou, une chimiothérapie, une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

3) consécutive à une impossibilité pour le bénéficiaire d'acquiescer ou de conserver sans l'aide d'un tiers une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant.

L'invocation d'une de ces conditions d'intervention est de la responsabilité du praticien de l'art dentaire traitant. La motivation en est reprise et conservée par le praticien de l'art dentaire dans le dossier du bénéficiaire, et en plus est confirmée :

- pour le point 1) par une attestation du médecin qui traitait l'affection.

- pour le point 2) par une demande écrite de sanification de la bouche par le médecin traitant la pathologie.

Ces éléments peuvent être réclamés pour consultation par le médecin conseil."

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007)

"§ 3ter. Les prestations 373575-373586 et 303575-303586 ne peuvent être cumulées avec aucune prestation de l'ensemble de la nomenclature des prestations de santé.

Le service de garde organisé dont il est question dans les prestations 373575-373586 et 303575-303586 doit remplir les conditions de l'article 9, §§ 1^{er} et 2 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé."

"A.R. 30.8.2013" (en vigueur 1.7.2013)

"Les prestations 303575-303586 et 373575-373586 peuvent uniquement être attestées :

— la nuit de 21 h à 8 h;

— ou le samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 21 h;

— ou les jours de pont qui ont été approuvés conformément au paragraphe 2ter par le Comité de l'Assurance.

Les jours fériés qui sont pris en considération sont les 1^{er} janvier, lundi de Pâques, 1^{er} mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1^{er} novembre, 11 novembre et 25 décembre."

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010)

"§ 3quater. Les prestations 374931-374942, 304931-304942, 374953-374964 et 304953-304964 comprennent aussi bien la suture et le matériel de suture, que l'enlèvement du matériel de suture. Ces prestations entrent uniquement en ligne de compte pour une intervention de l'assurance pour autant qu'elles soient cumulées avec une extraction dentaire ou avec une section et extraction de racine(s), de l'article 5 de la nomenclature."

"A.R. 11.12.2000" (en vigueur 1.3.2001)

"§ 4. L'intervention de l'assurance pour le traitement et l'obturation d'un ou de plusieurs canaux d'une même dent, quel que soit le nombre de canaux obturés pendant le traitement, n'est due que si une radiographie, laquelle est conservée par le praticien dans le dossier du patient et peut être réclamée pour consultation par le médecin-conseil, démontre que pour une dent définitive, chaque canal visible est obturé au minimum jusqu'à 2 mm de l'apex et pour une dent lactéale, chaque canal visible est obturé jusqu'au tiers au moins de sa longueur."

"A.R. 11.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007) + "A.R. 30.8.2013" (en vigueur 1.7.2013)

"Ces prestations comprennent tous les dispositifs et radiographies peropératoires employés afin de déterminer la longueur canalaire, et la(les) radiographie(s) de contrôle."

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.6.2010)

"§ 4bis. À l'exception de la prestation 374474-374485, pour toute(s) (les) obturation(s) de cavité(s) et la restauration de la rubrique « soins conservateurs », le matériel d'obturation doit être placé directement et durcir principalement dans la bouche (méthode directe). À l'exception des prestations 373575-373586 et 303575-303586, l'(es) obturation(s) de cavité(s) et la restauration de la rubrique « soins conservateurs » ne peuvent pas être de nature provisoire pour entrer en ligne de compte pour un remboursement."

"A.R. 9.1.2011" (en vigueur 1.3.2011)

"§ 4ter. Le rapport standardisé de 301372-301383 comprend au moins l'enregistrement :

- a) de l'examen clinique de toute la cavité buccale avec les particularités des tissus mous;
- b) de la profondeur de poche des quatre faces de tous les éléments dentaires, y compris les implants, après en avoir effectué le sondage et retenu la valeur maximale par face;
- c) de la récession gingivale par racine dentaire;
- d) de la tendance au saignement après sondage (BOP : Bleeding On Probing) par face dentaire;
- e) de l'accroissement de la mobilité des dents;
- f) du sondage de l'atteinte des furcations;
- g) de la présence de plaque dentaire par face dentaire, au moins sur les éléments de Ramfjord;
- h) des conclusions relatives au diagnostic de la pathologie parodontale et au plan de traitement.

Les données de l'examen sont établies dans un compte rendu standardisé dont le modèle est établi par le Comité de l'assurance et qui est conservé dans le dossier dentaire du patient. Le compte rendu peut être réclamé pour consultation par le médecin-conseil."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005)

"§ 5. Prothèses amovibles partielles et complètes

1. Généralités

1.1. Les formulaires 56, 57 et 58 mentionnés ci-après sont ceux dont le modèle est annexé, sous le même numéro, au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

1.2. L'intervention de l'assurance pour une nouvelle prothèse n'est due que sur présentation :

- d'une attestation de soins donnés dûment complétée sur laquelle figurent la date, la signature et le cachet du praticien qui a effectivement élaboré et placé la prothèse;
- d'un formulaire 56 complété entièrement;

et, le cas échéant :

- d'un formulaire 57 ou 58 entièrement complété;
- l'accord, suivant le cas, de l'instance compétente.

1.3. Si le bénéficiaire qui satisfait aux conditions d'intervention de l'assurance pour une prothèse dentaire, décède pendant la période de confection de sa prothèse, l'intervention de l'assurance est ramenée à :

- 25 % si les empreintes standard et les empreintes individuelles ont déjà été prises et les cires d'articulation réalisées;
- 50 % si en outre l'occlusion a été déterminée et si la prothèse est au stade de l'essai;
- 75 % après la finition, mais avant le placement et le contrôle.

Les travaux réalisés ainsi que les documents susmentionnés doivent être fournis à l'organisme assureur à titre de preuve.

Dans des autres cas d'espèce, le Conseil technique dentaire peut accorder une intervention de l'assurance à la suite d'une demande circonstanciée et dans les mêmes conditions.

1.4. Afin d'être fixé sur une intervention de l'assurance, le bénéficiaire peut introduire au préalable, par la voie normale, une demande au moyen du formulaire 57 ou 58 dûment complété. "

"A.R. 12.11.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"1.5. L'intervention de l'assurance pour une nouvelle prothèse comprend la ou les séance(s) de contrôle et le suivi pendant 30 jours à partir du placement de la prothèse. Durant cette période de 30 jours, aucune prestation de la rubrique intitulée "Prothèses dentaires amovibles, consultations comprises" ne peut être attestée, à l'exception des prestations 379013-379024, 379035-379046, 309013-309024 et 309035-309046."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005)

"2. Limites d'âge

2.1. L'intervention de l'assurance n'est due qu'à partir du cinquantième anniversaire du bénéficiaire. La condition d'âge est valable pour toutes les prestations sur des prothèses existantes : réparation, remplacement de la base et adjonction d'une ou plusieurs dents."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 5.4.2011" (en vigueur 1.6.2011)

"2.2. La condition d'âge ne s'applique pas au bénéficiaire qui souffre d'une des affections suivantes ou qui se trouve dans une des situations suivantes :

- 1) Syndromes de malabsorption et maladies colorectales;
- 2) Intervention(s) mutilante(s) du système digestif;
- 3) Perte de dents consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie ou un traitement par agent ionisant;
- 4) Extraction de dents nécessaire pour la prévention d'endocardite ou préalable à une opération à coeur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur.

5) Absence congénitale ou héréditaire de multiples dents ou malformations congénitales ou héréditaires sévères des maxillaires ou de dents.

La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie.

Pour les cas repris sous 2.2.1) jusque 5) l'intervention de l'assurance est accordée par le médecin-conseil dont l'accord est sollicité au moyen du formulaire 57.

Pour les critères des points 1) et 2), la prothèse doit jouer un rôle déterminant dans le traitement de la pathologie. Pour le critère prévention d'endocardite au point 4), la nécessité d'extraction(s) dentaire(s) pour la prévention d'endocardite devra être certifiée par un cardiologue ou un chirurgien cardiaque."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005)

"2.3. La condition d'âge ne s'applique pas au bénéficiaire qui souffre d'une des affections suivantes ou qui se trouvent dans une des situations suivantes :

- 1) Perte ou extraction de dents résultant de l'impossibilité pour le bénéficiaire d'acquiescer ou de conserver une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant;
- 2) Perte ou extraction de dents à la suite d'une pathologie exceptionnelle irréfutablement démontrée ou de son traitement lorsqu'il peut être raisonnablement admis que la perte ou l'extraction de dents n'a pas pu être évitée malgré une hygiène buccale correcte;
- 3) Extraction dentaire ayant lieu chez un bénéficiaire pour qui une opération à coeur ouvert, une transplantation d'organe ou un traitement par un agent ionisant ou immunodépresseur a été prévu mais n'a pas été exécuté.

La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie.

Pour les cas repris sous 2.3.1) jusque 3) l'intervention de l'assurance est accordée par le Conseil technique dentaire dont l'accord est sollicité au moyen du formulaire 57 par l'intermédiaire du médecin-conseil qui juge si le dossier est complet."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009)

"2.4. Les prothèses amovibles pour les bénéficiaires jusqu'au 18^e anniversaire peuvent uniquement être accordées par le Conseil technique dentaire sur base des conditions mentionnées sous 2.1., 2.2. et 2.3. Le Conseil technique dentaire détermine les honoraires de 378954 - 378965 et 378976 - 378980 qui sont égaux aux honoraires fixés pour des prothèses identiques comme prévus à l'article 5, § 2."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005)

"2.5. Une dérogation à la limite d'âge accordée en vertu des points 2.2., 2.3. ou 2.4. reste acquise.

3. Termes et délais

3.A. Prothèses partielles et totales

3.A.1. Une seule prothèse est autorisée par mâchoire et par période de sept années civiles. L'année civile au cours de laquelle a lieu le placement de la prothèse est la première des sept années civiles.

3.A.2. L'intervention maximale de l'assurance pour le placement d'une prothèse et pour les éventuelles adjonctions sur une prothèse existante est limitée à L 600 par mâchoire et par prothèse.

3.A.3. Le délai de renouvellement de sept années civiles est supprimé en cas de croissance de l'enfant, de modification anatomique sévère consécutive à un traumatisme, de tumeur maxillo-faciale et des affections comparables en gravité au niveau des structures porteuses.

Le délai de renouvellement expire également pour les cas repris sous 2.2.3) et 4) et 2.3.1) jusque 3) pour autant que la pathologie qui est à la base de la perte de dents se manifeste après le placement de la prothèse antérieure.

La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie.

Pour ces cas exceptionnels, l'intervention de l'assurance est accordée par le Conseil technique dentaire dont l'accord est sollicité au moyen du formulaire 58 par l'intermédiaire du médecin-conseil qui juge si le dossier est complet.

3.A.4. L'année civile du placement d'une prothèse prévue sous la prestation 378335 - 378346 et 308335 - 308346 ouvre une nouvelle période de sept années civiles.

3.B. Réparations

L'intervention maximale de l'assurance pour la réparation d'une prothèse amovible est limitée à L 61,5 par prothèse et par année civile.

3.C. Remplacement de la base

3.C.1. L'intervention de l'assurance pour le remplacement de la base ne peut être accordée que deux fois par mâchoire et par période courante de sept années civiles.

L'année civile au cours de laquelle a lieu un remplacement de la base est considéré comme la septième année civile, et l'intervention de l'assurance n'est due que si au maximum un seul remplacement de la base a donné lieu à une intervention de l'assurance durant les six années civiles précédentes et l'année civile en cours.

3.C.2 Le remplacement de la base prévu à la prestation 378350 - 378361 et 308350 - 308361 est accordé en cas de croissance de l'enfant, de modification anatomique sévère consécutive à un traumatisme, de tumeur maxillo-faciale et des affections comparables en gravité au niveau des structures porteuses.

Le remplacement de la base prévu à la prestation 378350 - 378361 et 308350 - 308361 peut être également accordé pour les cas repris sous 2.2.3) et 4), et 2.3.1) jusque 3), pour autant que la pathologie qui est à la base de la perte de dents se manifeste après le placement de la prothèse antérieure.

La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie.

Pour ces cas exceptionnels, l'intervention de l'assurance est accordée par le Conseil technique dentaire dont l'accord est sollicité au moyen du formulaire 58 par l'intermédiaire du médecin-conseil qui juge si le dossier est complet.

3.C.3. Le remplacement de la base prévu à la prestation 378350 - 378361 et 308350 - 308361 n'est pas pris en compte lors de la détermination du nombre maximal d'interventions de l'assurance comme prévu sous 3.C.1."

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010)

"§ 5bis. Implants oraux

Le droit à l'intervention de l'assurance pour les prestations 308512-308523 et 308534-308545 est unique et subordonné aux conditions suivantes, qui doivent toutes être réalisées complètement :

- 1) l'assuré doit être depuis au moins 12 mois porteur d'une prothèse amovible inférieure complète sur un maxillaire inférieur totalement édenté;
- 2) cette prothèse amovible inférieure complète doit présenter une occlusion, une articulation, un ajustement et un design corrects, doit avoir au moins 12 mois, et avoir bénéficié d'un remboursement d'une prestation de la rubrique « Prothèses dentaires amovibles, consultations comprises » de l'assurance obligatoire ou de l'assurance complémentaire pour les indépendants;
- 3) les implants doivent avoir un diamètre minimal de 3 mm et une longueur minimale de 7 mm pour la partie ostéo-intégrable;
- 4) seuls les implants dont le pilier est détachable de l'implant sont retenus;
- 5) les implants ne peuvent être de nature provisoire;
- 6) les données techniques relatives aux matériaux utilisés - les implants, piliers et ancrages - doivent être conservées dans le dossier dentaire du patient.

L'intervention de l'assurance pour les prestations 308512-308523 est unique et rembourse l'intervention chirurgicale, le matériel utilisé, le suivi et si éventuellement nécessaire le remplacement pendant 12 mois après placement.

L'intervention de l'assurance pour les prestations 308534-308545 est unique et rembourse les piliers, les ancrages et leur placement, les séance(s) de contrôle et le suivi pendant 30 jours à partir du placement des ancrages dans la prothèse amovible inférieure complète."

"A.R. 8.8.1997" (en vigueur 1.11.1997)

"Traitements orthodontiques

§ 6. Aucun traitement orthodontique ne peut être commencé ni poursuivi dans une bouche où les dents définitives n'ont pas été soignées."

"A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008)

"§ 7. Traitement orthodontique de première intention

Le traitement orthodontique de première intention peut bénéficier d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire. Répartie en 2 forfaits, elle couvre l'entièreté du traitement qui comprend la prise d'empreintes, la confection des moulages, le diagnostic et la notification au médecin-conseil, l'appareillage, la pose de l'appareillage et les visites de contrôle.

Le premier forfait 305933-305944 doit être attesté lors du placement de l'appareillage nécessaire au traitement orthodontique de première intention, le second forfait 305955-305966 en fin de traitement et au plus tôt dans le courant du sixième mois civil du traitement qui démarre avec le placement de l'appareillage.

L'intervention de l'assurance est due uniquement pour des traitements orthodontique de première intention qui, en période de denture lactéale ou de denture mixte, visent à :

- corriger les articulés croisés frontaux et latéraux;
- lever les verrouillages frontaux et/ou transversaux de l'occlusion;
- prévenir les traumatismes antérieurs par la correction de la position des incisives;
- corriger un manque de place pendant la phase de permutation dentaire.

L'intervention de l'assurance n'est due que si une notification a été introduite auprès du médecin-conseil au moyen du formulaire réglementaire annexe 60bis, complété et signé par le praticien; il est joint à l'attestation de soins donnés de la prestation 305933-305944.

L'intervention de l'assurance obligatoire à laquelle un bénéficiaire peut prétendre pour un traitement orthodontique de première intention se limite à :

- une fois la prestation n° 305933-305944 au début du traitement;
- une fois la prestation n° 305955-305966 en fin de traitement.

L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique de première intention cesse définitivement à la date du 9e anniversaire du bénéficiaire ou après l'attestation de la prestation 305631-305642.

L'intervention pour un traitement orthodontique de première intention ne pourra être suivie d'une intervention pour un traitement orthodontique tel que stipulé au § 16 qu'au plus tôt dans le courant du 12e mois civil après la prestation 305933-305944."

"A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008)

"§ 8. Le rapport prévu à la prestation n° 305594 - 305605 est constitué d'un formulaire réglementaire annexe 60 que complète et signe le praticien; il est joint à l'attestation de soins donnés."

"A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008)

"§ 8bis. La demande d'intervention de l'assurance pour traitement orthodontique tel que défini au paragraphe 16 doit être introduite auprès du médecin-conseil, au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60 complété et signé par le praticien, avant que l'enfant ait atteint son quinzième anniversaire.

Des dérogations à la limite d'âge peuvent être autorisées par le Conseil technique dentaire pour des cas exceptionnels de troubles congénitaux de la croissance, objectivés de façon radiologique et/ou par des examens de biologie clinique, démontrés au moyen d'un rapport circonstancié établi par le médecin spécialiste qui traite ce trouble généralisé de la croissance.

Il s'agit d'affections qui ne laissent d'aucune manière présager avant le 15e anniversaire qu'un traitement orthodontique sera nécessaire.

Seuls l'aspect généralisé du trouble de la croissance et le caractère imprévisible de la nécessité d'un traitement orthodontique justifient cette situation d'exception.

La demande doit être introduite au Conseil technique dentaire par l'intermédiaire du médecin-conseil, accompagnée d'un rapport circonstancié établi par le médecin spécialiste qui traite le trouble de la croissance.

Le médecin-conseil peut décider de ne pas transmettre la demande si celle-ci ne comporte pas tous les éléments requis au 2e alinéa de ce paragraphe."

"A.R. 8.8.1997" (en vigueur 1.11.1997)

"§ 9. La décision d'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique doit être communiquée par le médecin-conseil dans le mois suivant la réception de la demande ; l'intervention de l'assurance est due au plus tôt à partir de la date de la réception de la demande.

Sauf demande à titre conservatoire dûment motivée, aucune intervention de l'assurance n'est due si un délai de deux ans s'est écoulé entre l'accord donné par le médecin-conseil et le début du traitement. Le cas échéant, une nouvelle demande peut être introduite."

"A.R. 28.2.2002" (en vigueur 1.5.2002) + "A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007)
"Lorsqu'il est prévu, à la date de la demande, de commencer le traitement orthodontique après le délai de deux ans, la demande est considérée comme une demande à titre conservatoire, pour autant que les termes "à titre conservatoire" aient été ajoutés sur l'annexe 60 au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et que celui-ci mentionne explicitement une justification détaillée de ce délai de plus de deux ans"

"A.R. 28.2.2002" (en vigueur 1.5.2002)
"L'intervention de l'assurance dans le cadre d'un traitement orthodontique cesse à la date du 22^e anniversaire.

S'il est nécessaire et justifié que le traitement orthodontique soit poursuivi après le 22^e anniversaire, une intervention exceptionnelle n'est due qu'après l'accord préalable du Conseil technique dentaire, qui détermine la durée de la prolongation.

Cette prolongation exceptionnelle est accordée dans les mêmes conditions que celles mentionnées au § 12, alinéa 2 du présent article.

La demande d'intervention de l'assurance pour cette prolongation exceptionnelle doit être introduite dans les mêmes conditions que celles mentionnées au § 13 du présent article."

"A.R. 8.8.1997" (en vigueur 1.11.1997)
"Sans préjudice des dispositions du § 8, la prestation préliminaire à la demande doit comporter tous les éléments constitutifs de la prestation n° 305594 - 305605, la demande formant rapport ; elle est dès lors remboursable comme telle, même si l'autorisation d'intervention de l'assurance pour le traitement orthodontique demandé est refusée. Le médecin-conseil peut exiger la communication des modèles d'étude confectionnés lors de l'examen préliminaire."

"A.R. 8.8.1997" (en vigueur 1.11.1997)
"§ 10. L'intervention de l'assurance pour la prestation n° 305594 - 305605 est de nouveau due, si cette prestation est à nouveau effectuée au moins deux années après la précédente prestation du n° 305594 - 305605 et à condition qu'aucun traitement n'ait été attesté après la précédente prestation n° 305594 - 305605."

"A.R. 28.2.2002" (en vigueur 1.5.2002)
"§ 10bis. Les prestations 305594 - 305605 et 305830 - 305841 ne sont pas cumulables entre elles."

"A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007)
"§ 11. La première période de six forfaits de traitement régulier débute le jour du placement de l'appareillage. Un maximum de trente-six forfaits de traitement régulier peut être remboursé."

"A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007) + "A.R. 22.10.2009" (en vigueur 1.12.2009)

"Une attestation de soins donnés est établie : soit au cours du sixième mois civil de traitement, soit après six forfaits de traitement régulier et au plus tard dans le courant du 18^e mois civil de traitement, même si les six forfaits de traitement régulier n'ont pas été effectués. En cas d'utilisation des numéros 305653-305664 et 305712-305723, l'attestation est toutefois établie immédiatement."

"A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"L'attestation des numéros 305653-305664 ou 305896-305900 vaut notification, par le praticien, d'une interruption de plus de six mois. Le médecin-conseil peut demander au praticien de justifier par écrit les raisons qui l'ont incité à instaurer l'interruption du traitement orthodontique."

Si exceptionnellement l'interruption du traitement orthodontique instaurée par le praticien ne pouvait pas être attestée au moyen d'un des numéros 305653-305664 ou 305896-305900, cette interruption est signalée par écrit au médecin-conseil avant la fin du sixième mois de ladite interruption.

Si une interruption de plus de six mois du traitement orthodontique n'a pas été précédée par l'attestation d'un des numéros 305653-305664 ou 305896-305900, ou si elle n'a pas été notifiée en application de l'alinéa précédent, l'intervention de l'assurance cesse définitivement.

L'attestation du numéro 305712-305723 vaut notification, par le praticien, qu'un traitement régulier remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est suivi d'un traitement régulier non remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou dont l'autorisation d'intervention de l'assurance n'a pas encore été accordée par l'instance compétente.

Les prestations 305616-305620, 305653-305664, 305712-305723, 305852-305863 et 305896-305900 ne peuvent pas être attestées le même jour."

"A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"§ 12. Dans des cas très graves, la prolongation d'un traitement orthodontique peut se justifier après le trente-sixième forfait de traitement régulier. Cette intervention exceptionnelle de l'assurance n'est due qu'après l'accord préalable donné par le Conseil technique dentaire qui détermine le nombre de forfaits de traitement régulier de cette prolongation.

Cette prolongation exceptionnelle peut être octroyée pour les dysplasies crânio-faciales, les fentes labio-alvéopalatines, les agénésies dentaires multiples et les affections comparables en gravité."

"A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007)

§ 13. La demande d'intervention de l'assurance pour prolongation de traitement orthodontique est introduite au plus tard dans le courant du troisième mois civil suivant celui au cours duquel a été attesté le dernier forfait de traitement régulier autorisé. Elle est introduite, au moyen d'un formulaire réglementaire (annexe 60) complété et signé par le praticien, auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur chargé de la transmettre au Conseil technique dentaire.

Elle est justifiée par le rapport, mentionné sur le formulaire susvisé et est jointe à l'attestation de soins donnés sur laquelle le dernier forfait de traitement régulier autorisé est attesté sous le numéro 305712-305723.

Le Conseil technique dentaire peut exiger entre autres la communication de modèles d'étude.

L'intervention de l'assurance pour prolongation de traitement orthodontique est due au plus tôt à partir du premier mois qui suit la date du dernier forfait de traitement régulier autorisé. En cas d'introduction tardive, le Conseil technique dentaire peut décider de réduire le nombre de forfaits de traitement régulier supplémentaires accordé en proportion du nombre de mois de retard enregistré dans l'introduction de la demande, tout mois entamé étant considéré comme mois entier de retard."

"A.R. 8.8.1997" (en vigueur 1.11.1997)

§ 14. Si le patient, sans l'accord du praticien, interrompt pendant plus de trois mois le traitement orthodontique prévu sous le numéro de code 305616 - 305620, ou pendant plus de six mois le traitement orthodontique prévu sous le numéro de code 305852 - 305863, l'intervention de l'assurance cesse définitivement.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'interruption de plus de trois mois du traitement orthodontique prévu sous le numéro de code 305616 - 305620 est censée avoir eu lieu avec l'autorisation du praticien si ce traitement est repris par le même praticien dans un délai inférieur à six mois après le début de l'interruption."

"A.R. 22.10.2009" (en vigueur 1.12.2009)

"En cas d'interruption involontaire d'un traitement orthodontique, due au praticien, le médecin-conseil constitue un dossier établissant qu'il s'agit ou non d'un cas de force majeure pour le praticien et qui est transmis au Conseil technique dentaire pour décision quant à la poursuite de l'intervention de l'assurance."

"A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007) + "A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008)

§ 15. Il n'y a pas d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour le remplacement ou la réparation de l'appareillage visé sous les numéros 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 et 305675-305686 consécutif à la perte, au bris ou à la détérioration."

"A.R. 8.8.1997" (en vigueur 1.11.1997) + "A.R. 28.2.2002" (en vigueur 1.5.2002)

"§ 16. L'intervention de l'assurance à laquelle un bénéficiaire peut prétendre, se limite aux prestations orthodontiques composant un traitement unique. Cette intervention comprend :

- une fois la prestation n° 305631 - 305642 ;
- une fois la prestation n° 305675 - 305686;
- les prestations n° 305616 - 305620 qui ont été autorisées, y compris les prestations n° 305653 - 305664 et 305712 - 305723;
- douze fois la prestation n° 305852 - 305863 pour le contrôle de contention de ce traitement, y compris les prestations n° 305896 - 305900."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005)

"En cas de fentes labio-alvéopalatines, le Conseil technique dentaire peut, en dérogation à l'alinéa précédent, autoriser une deuxième et troisième fois la prestation 305675 - 305686. Dans ces cas exceptionnels, une demande doit être introduite au moyen d'un formulaire 60 complété et signé par le praticien, via le médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire.

Cette demande, justifiant la nécessité d'un nouvel appareil, doit contenir : les données détaillées concernant le diagnostic, l'historique du traitement en cours, les résultats obtenus et le plan de traitement ultérieur."

"A.R. 7.6.1991" (en vigueur 1.6.1991)

"Radiographies"

"A.R. 31.8.2011" (en vigueur 1.3.2011)

"§ 17. Les prestations radiographiques sont réservées aux praticiens qui satisfont aux obligations réglementaires énoncés dans ou en vertu de l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants, ci-après nommé 'règlement général'.

Pour établir que les obligations visées au premier alinéa sont respectés, les praticiens sont tenus de produire, à toute demande des médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, une preuve établie par l'Agence fédérale de Contrôle Nucléaire ou par un organisme étant reconnu par celle-ci pour le contrôle en matière de radiations ionisantes, au sens de l'article 74 du règlement général. Cette preuve doit démontrer que le praticien dispose des autorisations nécessaires, que les appareils et les locaux ont été soumis au contrôle physique périodique et qu'ils répondent bien aux critères de sécurité prévus, conformément aux critères stipulés dans le règlement général.

Par cliché différent, il faut entendre l'image radiologique prise sous une autre incidence au cours d'un examen morphologique ou bien à un autre moment (incidence identique ou incidence différente) au cours d'un examen fonctionnel et fixée sous forme analogue ou digitalisée sur un support magnétique optique ou autre.

Le nombre indiqué de clichés constitue un minimum requis pour un examen valable au-dessous duquel les honoraires pour la prestation ne sont plus dus sur base de ce numéro de la nomenclature.

Pour les prestations radiologiques dont le nombre de clichés n'est pas indiqué, les libellés signifient l'examen complet, quel que soit le nombre de clichés.

Toutefois, les honoraires pour les prestations 377112 - 377123, 377134 - 377145, 307112 - 307123 et 307134 - 307145 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations nos 455630 - 455641.

Les honoraires pour les prestations 377230-377241, 307230-307241 et 307252-307263 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations radiologiques des articles 5, 17 et 17^{ter} de la présente nomenclature.

Les prestations 377090 - 377101, 377112 - 377123, 377134 - 377145, 377230-377241, 307090 - 307101, 307112 - 307123, 307134 - 307145, 307230-307241, 307252-307263 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en radiologie, sous les conditions énoncées à l'article 17.

Les données digitales des prestations 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263 doivent être conservées dans le dossier du patient et une copie peut être réclamée par le médecin conseil ou le Conseil technique dentaire."

"A.R. 31.8.2011" (en vigueur 1.3.2011)

"§17bis. En outre et sans préjudice des dispositions du § 17, le droit à l'intervention de l'assurance pour le Conebeam CT dentaire, prévu sous les numéros 377230-377241, 307252-307263 en 307230-307241, dépend de l'enregistrement auprès du Service des soins de santé de l'INAMI de l'appareil et du prestataire de soins qui utilise l'appareil.

Cet enregistrement se fait sur base d'un formulaire réglementaire dont le modèle est annexé au règlement du 28 juillet 2003 et comprend les données suivantes :

- Localisation de l'appareil;
- Identification de l'exploitant de l'établissement;
- Identification du prestataire-utilisateur de l'appareil;
- La preuve établie par l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire que le prestataire-utilisateur dispose de l'Autorisation d'utilisation individuelle (ceci garantit le niveau de formation complémentaire spécifique du prestataire-utilisateur);

— La preuve établie par l'Agence fédérale de Contrôle Nucléaire ou par un organisme étant reconnu par celle-ci pour le contrôle en matière de radiations ionisantes, au sens de l'article 74 du règlement général qui prouve que les appareils et locaux ont, conformément au règlement général, été soumis au contrôle prévu dans la loi, respectivement prévu pour les établissements de classe II et de classe III visés à l'article 3, b) et c), dudit règlement général et qu'ils répondent bien aux critères de sécurité établis;

— La preuve que les appareils sont périodiquement contrôlés par un expert en physique nucléaire médicale comme prévu à l'article 51.7 du règlement général.

Les médecins inspecteurs du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sont mandatés pour vérifier ces données et pour en communiquer les résultats au Fonctionnaire Dirigeant du Service de soins de santé de l'INAMI."

"A.R. 31.8.2007" (en vigueur 1.9.2007) + "A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 9.1.2011" (en vigueur 1.3.2011) + "A.R. 31.8.2011" (en vigueur 1.3.2011) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.5.2012)

§ 18. A l'exception des prestations 371092-371103, 301092-301103, 371114-371125 et 301114-301125, toutes les prestations de l'article 5 sont prises en charge par l'assurance lorsqu'elles sont effectuées par un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, un médecin spécialiste en stomatologie ou un médecin-dentiste.

A l'exception des prestations

371114-371125, 301114-301125, 371033-371044, 301033-301044, 371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081, 371136-371140, 301136-301140, 371254-371265, 301254-301265, 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361, 301372-301383, 371556-371560, 371571-371582, 371696-371700, 301696-301700, 371711-371722, 301711-301722, 371733-371744, 301733-301744, 371755-371766, 301755-301766, 371770-371781, 301770-301781, 371792-371803, 371814-371825, 371836-371840, 371851-371862, 371873-371884, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245, 374850-374861, 304850-304861, 374872-374883, 304872-304883, 304894-304905, 304916-304920, 374754-374765, 304754-304765, 374776-374780, 304776-304780, 374931-374942, 304931-304942, 374953-374964, 304953-304964, 308512-308523, 377016-377020, 307016-307020, 377031-377042, 307031-307042, 377053-377064, 307053-307064, 377090-377101, 307090-307101, 377112-377123, 307112-307123, 377134-377145, 307134-307145, 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263, 389572-389583, 389594-389605, 389616-389620, 389631-389642, 389653-389664

aucune prestation de l'article 5 n'est prise en charge par l'assurance lorsqu'elle est effectuée par un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie.

A l'exception des prestations

371092-371103, 301092-301103, 371033-371044, 301033-301044,
371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081,
371136-371140, 301136-301140, 371254-371265, 301254-301265,
371556-371560, 371571-371582, 301593-301604, 305594-305605,
305616-305620, 305653-305664, 305712-305723, 305631-305642,
305675-305686, 305830-305841, 305852-305863, 305896-305900,
305874-305885, 305911-305922, 305933-305944, 305955-305966,
377016-377020, 307016-307020, 377031-377042, 307031-307042,
377053-377064, 307053-307064, 377090-377101, 307090-307101,
377112-377123, 307112-307123, 377134-377145, 307134-307145,
377230-377241, 307230-307241, 307252-307263, 389572-389583,
389594-389605, 389616-389620, 389631-389642, 389653-389664
aucune prestation de l'article 5 n'est prise en charge par l'assurance
lorsqu'elle est effectuée par un praticien de l'art dentaire, porteur du titre
professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie."

"A.R. 17.1.2013" (en vigueur 1.3.2013)

"§ 19. A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P.

L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante :
pour une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours comportant
au moins 6 prestations portées en compte à l'assurance maladie et
invalidité par jour, la moyenne journalière des coefficients P calculée sur la
période concernée ne dépasse pas 200 P."