A.R. 29.9.2016 En vigueur 1.12.2016
M.B. 10.10.2016

Modifier

Insérer

~~Enlever~~

Article 6 – SOINS DENTAIRES

§ 5. Prothèses amovibles partielles et complètes

2. Limites d'âge

...

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 et/ou extraction de dents consécutive à une ostéomyélite, une ostéonécrose due aux biphosphonates, une radiothérapie (érosion des dents et/ou ostéo-radionécrose, une chimiothérapie anti-tumorale ou un traitement par agent immunosuppresseurs.
4) extractions de dents pour la prévention endocardite, pendant la mise au point préalable à une opération à coeur ouvert ou une transplantation d'organe, un traitement de chimiothérapie anti-tumorale, un traitement par agents immunosuppresseurs, une radiothérapie ou un traitement aux biphosphonates.
5) agénésie congénitale d'au moins TROIS dents définitives, exceptés les dents de sagesse, ou des malformations congénitales ou héréditaires sévères des maxillaires ou des dents.
6) perte de dent consécutive à un traumatisme dentaire chez un patient en traitement pour l'épilepsie, provoqué par une crise d'épilepsie.

La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie.

Pour les cas repris sous 2.2.1) jusque ~~5)~~ **6)** l'intervention de l'assurance est accordée par le médecin-conseil dont l'accord est sollicité au moyen du formulaire 57.

...

Art. 6. Généralités.

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)
"§ 1 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, 371254-371265, 305911-305922 et 305572-305583."

"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)
"§ 1er*bis*. La consultation prévue sous les nos 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)
"§ 1er*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)
"§ 1quater. 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. 30.8.2013" (en vigueur 1.11.2013)
"§ 2ter. Le supplément d'honoraires pour les prestations techniques urgentes peuvent uniquement être attestées :
— la nuit de 21 heures à 8 heures;
— un samedi, dimanche ou jour férié de 8 heures à 21 heures;
— lors d'un pont de 8 heures à 21 heures, pendant un service de garde organisé.

Les jours fériés qui entrent en ligne de compte sont les suivants : 1er janvier, lundi de Pâques, 1er mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1er novembre, 11 novembre et 25 décembre.

Les ponts qui entrent en ligne de compte, tout comme pour les prestations 371055-371066 et 301055-301066, sont ceux fixés par le Comité de l'assurance sur la proposition de la Commission nationale dento-mutualiste. Le service de garde organisé lors de ces ponts doit répondre aux dispositions de l'article 9, §§ 1er et 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé."

"A.R. 30.8.2013" (en vigueur 1.11.2013) + "A.R. 2.10.2014" (en vigueur 1.3.2015)
"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."

"A.R. 30.8.2013" (en vigueur 1.11.2013)
"En cas de prestations urgentes multiples, 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."

"A.R. 30.8.2013" (en vigueur 1.11.2013) + "A.R. 19.3.2014" (en vigueur 1.5.2014)
"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, 307274-307285, 377016-377020, 377031-377042, 377053-377064, 377090-377101 et 377274-377285."

"A.R. 30.8.2013" (en vigueur 1.11.2013)
"A l'exception de la prestation 317295-317306, les prestations de l'article 14 *l)* précédées d'un *"+"* sont prises en considération pour un supplément d'honoraires de l'article 5 si elles sont effectuées par un candidat porteur d'un titre professionnel particulier de dentiste généraliste, de dentiste, spécialiste en orthodontie et de dentiste, spécialiste en parodontologie ou par un porteur d'un titre professionnel particulier de dentiste généraliste, de dentiste, spécialiste en orthodontie et de dentiste, spécialiste en parodontologie."

"A.R. 2.10.2014" (en vigueur 1.3.2015)
"Sauf dans le cadre d'un service de garde organisé tel que visé à l'alinéa 3, les suppléments prévus sous les numéros de code 301055-301066, 301070-301081, 371055-371066 et 371070-371081 ainsi que les suppléments pour prestations techniques visés à l'article 5, § 4 de la nomenclature ne peuvent être portés en compte à l'assurance lorsque l'offre de soins telle que rendue publique est organisée en sorte de couvrir les plages horaires définies aux alinéas 1 et 2 de ce paragraphe."

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 coeur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

3) consécutive à une impossibilité pour le bénéficiaire d'acquérir 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. 27.9.2015" (en vigueur 1.10.2015)
"§ 3ter. Les prestations 373774-373785 et 303774-303785 donnent droit à une intervention pour autant que toutes les conditions suivantes soient remplies :

— la prestation était urgente pour cause de douleur aiguë,
— la prestation a été effectuée endéans les 24 heures suivant la demande,
— le tissu pulpaire a été éliminé au moins de la chambre pulpaire et des entrées des canaux radiculaires,
— la dent a été obturée temporairement en attendant son traitement ultérieur,

L'intervention de l'assurance pour ces prestations n'est due que si aucune prestation 373774-373785 ou 303774-303785 n'a été remboursée pendant la même année civile.

L'intervention de l'assurance pour les prestations 373575-373586, 303575-303586, 373774-373785 et 303774-303785 n'est due que si le même jour aucune autre prestation des articles 5 et/ou 14l) de la nomenclature des prestations de santé n'a été effectuée et/ou attestée."

"A.R. 11.5.2007" (en vigueur 1.6.2007) + "A.R. 27.9.2015" (en vigueur 1.10.2015)
"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, §§ 1er 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) + "A.R. 27.9.2015" (en vigueur 1.10.2015)
"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 approuvé conformément au paragraphe 2*ter* par le Comité de l'Assurance.

Les jours fériés qui sont pris en considération sont les 1er janvier, lundi de Pâques, 1er mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1er 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) + "A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014)
"§ 4. L'intervention de l'assurance pour le traitement et l'obturation d'un ou plusieurs canaux radiculaires d'une même dent, peu importe le nombre de canaux obturés pendant le traitement, n'est due que si pour une dent définitive, chaque canal visible est obturé jusqu'à au moins 2mm de l'apex et que pour une dent de lait, chaque canal visible est obturé d'au moins un tiers de la longueur. A l'exception des dents de lait mono radiculaires, le praticien le démontre au moyen d'une radiographie, laquelle est conservée dans le dossier du patient et peut être réclamée pour consultation par le médecin-conseil."

"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) + "A.R. 27.9.2015" (en vigueur 1.10.2015)
"§ *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, 303575-303586, 373774-373785 et 303774-303785, 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. 27.9.2015" (en vigueur 1.12.2015)
"§ *4quater*. Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 peuvent être attestées comme honoraires complémentaires pour les prestations de la rubrique « soins conservateurs » et « extractions » à l'exception des prestations 373590-373601, 373612-373623, 373575-373586, 373774-373785, 303590-303601, 303612-303623, 303575-303586, 303774-303785, 374931-374942, 374953-374964, 304931-304942 et 304953-304964 pour les soins dont la réalisation prend plus de temps à cause d'un handicap ou de limitations fonctionnelles persistants d'ordre physique ou mental chez le patient.

La motivation pour l'attestation des prestations 379514-379525 et 309514-309525 et la documentation du handicap sont reprises par le praticien dans le dossier du bénéficiaire.

L'invocation d'une de ces conditions d'intervention est de la responsabilité du praticien traitant.

Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 sont limitées à deux par jour."

"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) + "A.R. 2.10.2015" (en vigueur 1.12.2015)
"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 et/ou extraction de dents consécutive à une ostéomyélite, une ostéonécrose due aux biphosphonates, une radiothérapie (érosion des dents et/ou ostéo-radionécrose, une chimiothérapie anti-tumorale ou un traitement par agent immunosuppresseurs.
4) extractions de dents pour la prévention endocardite, pendant la mise au point préalable à une opération à coeur ouvert ou une transplantation d'organe, un traitement de chimiothérapie anti-tumorale, un traitement par agents immunosuppresseurs, une radiothérapie ou un traitement aux biphosphonates.
5) agénésie congénitale d'au moins TROIS dents définitives, exceptés les dents de sagesse, ou des malformations congénitales ou héréditaires sévères des maxillaires ou des dents.
6) perte de dent consécutive à un traumatisme dentaire chez un patient en traitement pour l'épilepsie, provoqué par une crise d'épilepsie."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005)
"La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 29.9.2016" (en vigueur 1.12.2016)
"Pour les cas repris sous 2.2.1) jusque 6) l'intervention de l'assurance est accordée par le médecin-conseil dont l'accord est sollicité au moyen du formulaire 57."

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 5.4.2011" (en vigueur 1.6.2011)
"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'acquérir 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 18e 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. 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;"

"A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 28.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"2) cette prothèse amovible inférieure complète doit présenter une occlusion, une articulation, un ajustement et un design corrects, doit avoir au moins 12 mois;"

"A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010)
"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"

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)
"§ 6 ORTHODONTIE

1. Généralités.

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

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014)
"1.2. La prestation 305830-305841 peut être attestée quand un examen ou avis orthodontique est accompagné d'un rapport à l'intention d'un praticien de l'art dentaire, d'un médecin, d'un logopède ou d'un kinésithérapeute. Elle peut l'être également lors de la rédaction du formulaire annexe 61 à l'intention du Conseil technique dentaire."

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)
"1.3. La prestation 305911-305922 est remboursable une fois par année civile et ne peut être attestée qu'une seule fois par téléradiographie.

1.4. A condition qu'aucun traitement orthodontique régulier n'ait été démarré, la prestation 305550-305561 peut être attestée plusieurs fois, mais au maximum une fois par période de 24 mois civils. La période commence avec le mois de la prestation 305550-305561 précédente.

L'attestation de la prestation 305933-305944 permet une seule fois la dérogation à la règle générale énoncée ci-dessus et autorise l'intervention pour la prestation 305550-305561 après une période de 12 mois civils. La période commence avec le mois de la prestation 305933-305944

1.5. La prestation 305572-305583 peut être remboursée durant la période visée au point 1.4 à chaque fois qu'un 305550-305561 bénéficie d'une intervention de l'assurance obligatoire.

1.6. Le médecin-conseil peut demander les modèles des deux arcades en occlusion habituelle, confectionnés lors de la prestation 305550-305561, ainsi que la communication du diagnostic et/ou du plan de traitement composant la prestation 305572-305583, et/ou le tracé de la prestation 305911-305922.

La prestation 305550-305561 ne peut pas être attestée si les modèles sont réalisés via Conebeam CT.

2. Limites d'âge pour l'intervention de l'assurance.

2.1. L'intervention de l'assurance pour les prestations de l'article 5, § 3 n'est plus due à partir du 15e anniversaire de l'assuré sauf autres dispositions de la nomenclature.

2.2. L'intervention de l'assurance peut se prolonger au-delà de la date du 15e anniversaire

* pendant toute la période de validité d'une notification, au médecin-conseil, de démarrage d'un traitement orthodontique régulier,
* Lors d'un traitement orthodontique régulier en cours pour lequel le patient continue à bénéficier d'une intervention de l'assurance, et durant la phase de contrôle de contention qui y est attachée.
* Lorsque le Conseil technique dentaire a marqué son accord pour une dérogation à la limite d'âge

Sauf pour les cas mentionnés dans le point 4.4.1.1, l'intervention de l'assurance prend fin à la date du 22e anniversaire de l'assuré.

3. Traitement orthodontique de première intention.

3.1. Définition et intervention de l'assurance.

3.1.1. Le traitement orthodontique de première intention est un traitement qui vise 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.

3.1.2. L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique de première intention est due une seule fois par bénéficiaire et se limite à :

- une fois la prestation 305933-305944 en début de traitement;
- une fois la prestation 305955-305966 à la fin de cette phase de traitement.

Elle prend fin à la date du 9e anniversaire du bénéficiaire. Elle s'arrête définitivement avec le début d'un traitement orthodontique régulier et à la date de la prestation 305631-305642 et du premier 305616-305620.

Répartie ainsi en 2 forfaits, elle couvre l'entièreté du traitement orthodontique de première intention qui comprend la notification au médecin-conseil, l'appareillage, la pose de l'appareillage et les visites de traitement.

Le premier forfait 305933-305944 doit être attesté immédiatement lors du placement de l'appareillage nécessaire au traitement orthodontique de première intention, le second forfait 305955-305966 est attesté à la fin du traitement, et au plus tôt dans le courant du 6e mois civil de traitement qui commence avec le mois de la prestation du 305933-305944.

3.2. Notification de démarrage d'un traitement orthodontique de première intention.

Pour que le patient puisse bénéficier d'une intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique de première intention, il faut que le médecin-conseil soit averti du commencement d'un traitement. Cette notification est effectuée au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60*bis*, complété et signé par le praticien le jour du placement de l'appareil. Le formulaire est joint à l'attestation de soins donnés de la prestation 305933-305944.

4. Traitement orthodontique régulier.

4.1. Définition et intervention de l'Assurance.

4.1.1. L'ensemble des forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier en ce compris les prestations 305653-305664 constitue le traitement orthodontique régulier. Celui-ci démarre avec le premier 305616-305620 effectué le jour du placement de l'appareillage.

Lors d'une prolongation de traitement orthodontique accordée par le Conseil technique dentaire, la notion de traitement orthodontique régulier s'étend aux prestations supplémentaires 305734-305745, qui obéissent aux règles des prestations 305616-305620.

4.1.2. L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier est due une seule fois à l'assuré et au plus tôt après une période de 12 mois civils si le traitement orthodontique régulier est démarré après un traitement de première intention. La période commence avec le mois de la prestation 305933-305944.

4.1.3. L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier consiste en 2 forfaits pour appareillage et 36 prestations 305616-305620 en ce compris les prestations 305653-305664 :

- une fois la prestation 305631-305642 en début de traitement orthodontique régulier, lors de la pose de l'appareil

- une fois la prestation 305675-305686 après 6 forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier et, au plus tôt, dans le courant du 6e mois de traitement régulier.
- La notification au médecin-conseil est comprise dans l'intervention de l'assurance pour le traitement orthodontique régulier
- L'intervention de l'assurance pour les forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier est limitée à 36 forfaits avec un maximum de 6 forfaits par semestre et un maximum de deux forfaits par mois civil.
- Le 1er semestre du traitement orthodontique régulier commence avec le mois civil du premier 305616-305620 attesté immédiatement le jour du placement de l'appareil. Le commencement de ce premier semestre détermine les semestres suivants.
- une attestation de soins peut regrouper jusqu'à 6 forfaits 305616-305620 à condition de ne jamais dépasser une période de 18 mois civils. Cette période commence avec le premier forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier.
- en cas d'utilisation des n° 305653-305664, l'attestation est rédigée immédiatement.
- après une interruption d'une période de plus de 6 mois civils du traitement régulier, le mois civil de reprise du traitement régulier constitue la nouvelle référence pour le calcul des semestres ultérieurs de traitement."

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014)
"4.1.4. En cas de fentes alvéolo-palatines, le Conseil technique dentaire peut autoriser une 2e, et par la suite une 3e fois la prestation 305675-305686. Dans ces cas exceptionnels, une demande doit être introduite au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 61 complété et signé par le praticien, via le médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire."

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)
"La demande justifiant la nécessité d'un nouvel appareillage doit contenir les données détaillées concernant le diagnostic orthodontique, l'historique du traitement en cours, les résultats obtenus et le plan de traitement ultérieur.

4.2. Notification de démarrage d'un traitement orthodontique régulier.

Pour que le patient puisse bénéficier d'une intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier, en ce compris l'appareillage, il faut que le médecin-conseil soit averti du commencement d'un traitement.

La notification doit être réceptionnée par l'organisme assureur avant le quinzième anniversaire du bénéficiaire ou, tout au moins, être postée au plus tard avant cette date, le cachet de la poste faisant foi.

Cette notification est effectuée au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60, complété et signé par le praticien, au plus tard, au moment du placement de l'appareillage. Dans ce cas, le formulaire est joint à l'attestation de soins donnés à la date où la prestation 305631-305642 est effectuée et, par dérogation à l'alinéa suivant, la notification ainsi transmise permet l'intervention à la date des prestations reprises sur cette attestation de soins donnés.

Cette notification est valable pendant une période de 24 mois civils qui commence avec le mois de réception de la notification à l'organisme assureur ou du cachet de la poste. C'est durant cette période que le traitement orthodontique régulier doit être commencé pour pouvoir bénéficier de l'intervention.

Dans le cas où le traitement n'a pas commencé dans cette période et que l'ayant-droit n'a pas atteint l'âge limite des 15 ans, une nouvelle notification doit être introduite.

Lorsqu'il est prévu de commencer le traitement orthodontique régulier, après la date du 15e anniversaire du bénéficiaire, au-delà du délai de validité d'une notification, comme précisé au 4e alinéa, la notification pourra alors être introduite à titre conservatoire. Sa durée de validité prend fin à la date du 22e anniversaire du bénéficiaire.

Pour être valable et prise en considération, une notification à titre conservatoire doit être effectuée au plus tôt dans la période des 24 mois civils précédant celui du 15e anniversaire du bénéficiaire; le mois du 15e anniversaire est le dernier mois de la période. La notification doit mentionner explicitement une justification détaillée du report du commencement du traitement.

Au plus tard dans le mois suivant celui de la réception de l'annexe 60, l'organisme assureur informera le bénéficiaire de la réception de la notification et des prestations pour lesquelles le bénéficiaire peut encore bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire. Tenant compte des éléments donc elle dispose, l'organisme assureur lui fournira un historique des codes orthodontiques déjà utilisés.

4.3 Annonce d'une interruption de traitement orthodontique régulier.

4.3.1. Une interruption du traitement orthodontique régulier, supérieure à une période de six mois civils entre 2 prestations 305616-305620 qui n' a pas été annoncée, provoque la perte définitive de l'intervention de l'assurance pour les prestations relevant de la rubrique "Orthodontie". La période commence le mois de la prestation 305616-305620 précédant l'interruption.

Une période d'interruption de plus de six mois civils doit être annoncée auprès du médecin -conseil. Cette annonce doit parvenir à l'Organisme assureur dans les délais requis par la nomenclature.

L'attestation du 305653-305664 à la place du 305616-305620 au cours d'un traitement orthodontique régulier vaut comme une annonce de démarrage d'une période d'interruption éventuelle de plus de six mois. Le médecin-conseil peut, néanmoins, demander au praticien de justifier par écrit les raisons de cette interruption.

Si, exceptionnellement, l'annonce ne peut se faire au moyen du code de prestation 305653-305664, elle se fait par écrit, par le praticien traitant, et doit expliquer les motifs de cette interruption.

En cas d'interruption involontaire du traitement orthodontique régulier 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. Ce dossier est transmis au Conseil technique dentaire pour décider de la suite de l'intervention de l'assurance.

4.3.2. Pour être dans les délais requis de réception, l'annonce doit être réceptionnée par l'organisme assureur au plus tard avant la fin de la période de 6 mois civils qui se sera écoulée depuis le dernier 305616-305620, ou, tout au moins, être postée avant cette date, le cachet de la poste faisant foi. La période commence avec le mois de cette dernière prestation.

4.3.3. Tout traitement orthodontique régulier peut, selon les besoins, être repris durant la période d'interruption éventuelle de six mois qui a été annoncée préalablement.

4.4 Dérogation à la limite d'âge.

4.4.1 Quand la notification d'un démarrage de traitement orthodontique n'a pas été faite avant la date du 15e anniversaire du bénéficiaire, l'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier peut exceptionnellement être autorisée par le Conseil technique dentaire après cette date, pour autant que l'assuré n'ait pas atteint la date de son 22e anniversaire au moment de la réception de la demande par l'organisme assureur ou, tout au moins, de son envoi par la poste (le cachet de la poste faisant foi).

4.4.1.1. pour des troubles de la croissance craniofaciale avec des répercussions directes sur la position et la relation des dents, qui sont repris dans la liste ci-après :

Dysplasie craniofaciale (déformation des os du crâne au niveau facial)

* avec fente de la mâchoire supérieure ou inférieure (schizis)
* avec absence osseuse complète ou partielle (dysostose) au niveau de la ligne médiane ou latéralement
* avec soudure osseuse anormale (synostose)
* avec absence osseuse complète ou partielle + soudure osseuse anormale

- Syndrome de Crouzon
- Syndrome d'Apert
- Triphyllocéphalie

Dysplasie cranio-faciale avec synchondrose (avec trouble du développement du maxillaire)

* Un trouble pathologique du développement cartilagineux résultant d'une croissance défectueuse en incurvée des os longs (achondroplasie)

Dysplasies cranio-faciales d'autre origine

* *Dysplasies osseuses*
- Ostéopétrose
- Dysplasie cranio-tubulaire
- Dysplasie fibreuse
* *Dysplasies cutanées*
- Dysplasie ectodermique
- Dysplasie neuroectodermique
- Neurofibromatose
* *Dysplasies neuromusculaires*
- Séquence de Pierre Robin
- Syndrome de Moebius
* *Dysplasies musculaires*
- Fente linguale
- Aglossie
- Agénésie unilatérale de muscles faciaux (syndrome cardio-facial - Cayler)
* *Dysplasies vasculaires*
- Hémangiome
- Lymphangiome
- Hémolymphangiome

4.4.1.2. pour les situations empêchant la prise en charge orthodontique dans les délais fixés par la nomenclature à cause d'un trouble mental sévère de l'assuré, ou des suivi et traitement intensifs d'une pathologie sévère dans le domaine de la santé générale, comme une affection oncologique grave ou un traumatisme grave. Cette pathologie doit être apparue, soit pendant la durée de 2 ans de validité de la notification se prolongeant au-delà du 15e anniversaire, soit - en absence de notification - pendant la période de 24 mois civils précédant le 15e anniversaire du bénéficiaire. Le dernier mois de la période coïncide avec celui du 15e anniversaire du patient.

4.4.1.3. pour agénésie congénitale d'au moins TROIS dents définitives à l'exception des dents de sagesse."

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014)
"4.4.2. Pour demander une dérogation à la limite d'âge, un formulaire réglementaire (annexe 61) complété et signé par le praticien, accompagné des éléments qui démontrent la pathologie, doit être transmise au médecin-conseil de l'organisme assureur chargé de la faire parvenir au Conseil technique dentaire. Cette demande comprend un descriptif détaillé de la dysmorphose initiale et du plan de traitement. Pour les situations précisées au point 4.4.1.2, elle est complétée de l'historique de la maladie et d'un rapport circonstancié, établi par le médecin-spécialiste traitant la pathologie."

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)
"Le médecin-conseil peut, avant de la transmettre, demander de compléter la demande si celle-ci ne comporte pas tous les éléments requis à l'alinéa précédent.

4.5 Prolongation d'un traitement orthodontique régulier.

4.5.1. Une prolongation d'un traitement orthodontique régulier peut se justifier après le trente-sixième forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier. L'intervention de l'assurance pour cette prolongation exceptionnelle n'est due qu'après accord préalable du Conseil technique dentaire qui détermine le nombre de forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier supplémentaires codifiés sous le n° 305734-305745.

L'intervention exceptionnelle de l'assurance peut être octroyée pour la prolongation des traitements :

- des dysmorphoses rencontrées dans le cas de dysplasies énumérées au point 4.4.1.1.;

- des dysmorphoses dento-alvéolo-maxillaires si les rapports squelettiques maxillo-mandibulaires sagittaux OU verticaux accusent une variation de plus de 2 écarts-standard par rapport à la moyenne;

- des canines incluses maxillaires avec un index de complexité (S. Pitt et al.) d'au moins 3."

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014)
"4.5.2. Pour demander une prolongation, une demande (annexe 61) complétée et signée par le praticien, doit au terme des 36 forfaits 305616-305620 (en ce compris les éventuels 305653-305664) être transmise au médecin-conseil de l'organisme assureur. Celui doit l'envoyer au Conseil technique dentaire. Cette demande comprend un descriptif détaillé de la dysmorphose initiale, des résultats obtenus et du plan de traitement initial et futur."

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)
"Le Conseil technique dentaire peut exiger la communication de tous les éléments de diagnostic orthodontique antérieurs et actuels.

4.5.3. L'intervention de l'assurance pour la prolongation de traitement régulier est due à partir du 1er mois civil qui suit la date du dernier forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier sans préjudice des dispositions de l'article 5 de la nomenclature concernant la prestation 305616-305620 et la fréquence des forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier.

4.5.4. Pour pouvoir bénéficier de cette continuité dans l'intervention de l'assurance, la demande pour la prolongation de traitement orthodontique régulier doit être réceptionnée par l'organisme assureur avant la fin de la période de 3 mois civils qui se sera écoulée depuis le dernier 305616-305620 ou tout au moins être posté avant cette date, le cachet de la poste faisant foi. La période commence avec le mois du dernier 305616-305620.

Toute réception tardive, au-delà d'une période de 6 mois civils telle que définie au point 4.3.2, équivaut à une interruption de traitement orthodontique régulier qui entraîne un arrêt automatique de l'intervention de l'organisme assureur, sauf si la disposition du dernier alinéa du point 4.3.1 est réalisée. Dans ce cas, l'intervention de l'assurance est due à partir du mois civil de réception de la demande auprès de l'organisme assureur.

En cas de réception tardive, après la période des 3 mois civils mais dans la période des 6 mois civils, le Conseil technique dentaire peut néanmoins accorder la prolongation demandée. L'intervention de l'assurance est due, dans ce cas, à partir du mois civil de réception de la demande auprès de l'organisme assureur.

L'utilisation du 305653-305664 comme dernier forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier ne permet pas de déroger aux dispositions précisées dans ce présent point.

5. Les séances de contrôles de contention.

Elles ont pour but de vérifier la stabilité du résultat obtenu que ce soit en fin ou entre deux phases de traitement.

5.1. L'intervention de l'assurance pour la prestation 305852-305863 est due 12 fois par bénéficiaire, avec un maximum de 4 par année civile, pour autant que le patient ait bénéficié et ne soit pas exclu du remboursement pour un traitement orthodontique régulier.

5.2. La prestation 305852-305863 n'est pas soumises aux règles d'interruption de traitement définies au point 4.3

6. Dispositions diverses.

6.1 Les prestations 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745 ainsi que la prestation 305852-305863 ne peuvent pas être effectuées le même jour.

6.2 Les prestations 305830-305841 et 305550-305561 ne peuvent pas être cumulées.

6.3 Il n'y a pas d'intervention de l'assurance pour la modification, la réparation ou le remplacement des appareillages visés sous les n° 305933-305944, 305955-305966 et 305631-305642, 305675-305686 consécutivement à l'évolution du traitement, au bris, à la détérioration ou à la perte.

6.4. L'attestation de la prestation 305550-305561 après une prestation 305594-305605 qui a été attestée avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 4 décembre 2013, doit satisfaire aux dispositions du point 1.4., la période de 24 mois calendrier mentionnée commençant le mois où la prestation 305594-305605 est effectuée.

6.5. Les décisions en matière d'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique et les interruptions d'un traitement orthodontique, intervenant toutes deux avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 4 décembre 2013 restent valables conformément aux dispositions de l'article 6, §6. Pour les traitements où le médecin-conseil n'avait pas accordé initialement toutes les prestations 305616-305620, l'intervention est assurée pour 36 prestations 305616-305620."

§ 7. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 8. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 8bis. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 9. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 10. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 10*bis*. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 11. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 12. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 13. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 14. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 15. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

§ 16. *Abrogé par A.R. 4.12.2013 (en vigueur 1.4.2014)*

"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."

"A.R. 31.8.2011" (en vigueur 1.3.2011) + "A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014)
"Les prestations 377090-377101, 377112-377123, 377134-377145, 377230-377241, 377274-377285, 307090-307101, 307112-307123, 307134-307145, 307230-307241, 307252-307263 et 307274-307285 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic, sous les conditions posées à l'article 17."

"A.R. 31.8.2011" (en vigueur 1.3.2011)
"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. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014)
"Pour être remboursable, tout cliché panoramique doit satisfaire aux directives suivantes :

1. Le recours à la radiographie panoramique doit être réservé uniquement aux cas cliniques où il est utile au diagnostic et/ou au traitement du patient.

2. Une radiographie panoramique peut donc uniquement être effectuée lorsque, après un examen clinique approfondi du patient, il s'avère qu'une information radiologique complémentaire est nécessaire au diagnostic et/ou au traitement. Cette radiographie panoramique doit fournir une information radiologique complémentaire concernant soit une autre information soit une région plus étendue que celles obtenues par une radiographie intra-orale.

3. Avant réalisation de toute radiographie panoramique, il faut vérifier si d'autres clichés radiographiques antérieurs ne sont pas disponibles, afin de pouvoir utiliser leurs éventuelles informations.

4. Si des clichés radiographiques antérieurs sont disponibles, la réalisation d'une radiographie panoramique est uniquement autorisée lorsque les informations obtenues par l'examen clinique et par les clichés antérieurs sont insuffisantes au diagnostic et/ou au traitement du patient. Les radiographies panoramiques ne sont donc pas indiquées

a) comme cliché de dépistage chez un nouveau patient sans examen clinique préalable;

b) comme cliché répété chez un patient sans nécessité clinique;

c) lorsque des facteurs dépendant du patient ou de l'appareil radiologique empêchent la réalisation de clichés utiles au diagnostic, avec une dose raisonnable de rayons X.

5. Des intervalles de temps standards entre les clichés panoramiques ne peuvent justifier de tels clichés. Leur justification est uniquement basée sur la nécessité d'obtenir des informations radiologiques et/ou complémentaires aux données cliniques du patient.

6. Le recours aux radiographies panoramiques doit être particulièrement limité chez les enfants et les femmes enceintes. Les risques chez ces patients sont corrélés à l'âge, avec un risque augmenté pour le foetus et les jeunes enfants.

Lorsque l'examen clinique justifie une radiographie panoramique, des mesures supplémentaires visant à réduire la dose d'irradiation doivent être mises en oeuvre (programmes spécifiques pour enfants, réduction des champs d'irradiation et des mA, adaptation du temps de rotation,...). Une limite de l'utilisation de la radiographie panoramique chez le jeune enfant est sa capacité à rester immobile pendant la rotation de l'appareil."

"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) + "A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 19.3.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 13.6.2014" (en vigueur 1.8.2014) + "A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014) + "A.R. 27.9.2015" (en vigueur 1.12.2015)

"§ 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 candidat dentiste généraliste sous les conditions de l'article 4, §§ 3 et 4, 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, 377274-377285, 307274-307285, 379514-379525, 309514-309525, 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 candidat dentiste spécialiste en parodontologie sous les conditions de l'article 4, §§ 3 et 4 ou 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, 305550-305561, 305572-305583, 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745, 305631-305642, 305675-305686, 305830-305841, 305852-305863, 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, 377274-377285, 307274-307285, 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 candidat dentiste spécialiste en orthodontie sous les conditions de l'article 4, §§ 3 et 4 ou un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie."

"A.R. 2.6.2015" (en vigueur 1.7.2015)
"§ 19. A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P représentant la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'Art dentaire. Le coefficient P ne reflète pas l'intervention d'un tiers non praticien de l'Art dentaire ni le coût du matériel utilisé ni l'amortissement des moyens utilisés.

L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser, par praticien de l'art dentaire :

- 5000 P pour une période donnée d'un mois civil :

- ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre;

- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile."