

■ Modifier

■ Insérer

■ Enlever

Article 6 – SOINS DENTAIRES

Généralités.

§ 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, 305911-305922 et 305572-305583.

...

Traitements orthodontiques

§ 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.**

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 60 à l'intention du Conseil technique dentaire.**

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 15^e 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 15^e 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 22^e 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 9^e 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 6^e 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 6^e 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 1^{er} 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.

4.1.4. En cas de fentes alvéolo-palatines, le Conseil technique dentaire peut autoriser une 2^e, et par la suite une 3^e fois la prestation 305675-305686. Dans ces cas exceptionnels, une demande doit être introduite au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60 complété et signé par le praticien, via le médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire.

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 15^e anniversaire du bénéficiaire, au-delà du délai de validité d'une notification, comme précisé au 4^e alinéa, la notification pourra alors être introduite à titre conservatoire. Sa durée de validité prend fin à la date du 22^e 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 15^e anniversaire du bénéficiaire; le mois du 15^e 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 dont 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 15^e 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 22^e 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
- Hémolympangiome

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 15^e anniversaire, soit - en absence de notification - pendant la période de 24 mois civils précédant le 15^e anniversaire du bénéficiaire. Le dernier mois de la période coïncide avec celui du 15^e anniversaire du patient.

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

4.4.2. Pour demander une dérogation à la limite d'âge, un formulaire réglementaire (annexe 60) 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.

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.

4.5.2. Pour demander une prolongation, une demande (annexe 60) 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.

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 1^{er} 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 soumise 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.

Les §§ 7 jusqu'à 16 inclus sont abrogés.

§ 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

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, ~~305594-305605~~, 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745, ~~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 M.B. 31.1.2013 En vigueur 1.3.2013
+ Arrêt nr . 228.830 Conseil d'Etat 21.10.2014 M.B. 18.11.2014

■ Modifier

■ Insérer

■ Enlever

Article 6 – SOINS DENTAIRES

~~§ 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.~~