

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."

"§ 1^{er} bis. supprimé par A.R. 6.6.2022 (en vigueur 1.7.2022).

"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) + "A.R. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018) + "A.R. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

"§ 2^{bis}. Les prestations 371615-371626, 371571-371582, 371593-371604 et 301593-301604 ne peuvent être attestées 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. 23.5.2017" (en vigueur 1.9.2017) + "A.R. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

“Si en cas de réalisation d’un examen buccal annuel, il est nécessaire de prendre un ou plusieurs éléments radiodiagnostiques intrabuccaux et/ou d’éliminer la plaque dentaire ou d’effectuer un léger détartrage, ces actes sont compris dans les honoraires de la prestation, 371593-371604 ou 301593-301604. “

“A.R. 30.8.2013” (en vigueur 1.11.2013) + “A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“§ 2ter. Le supplément d’honoraires pour les prestations urgentes peut uniquement être attesté :

- 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 : 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.

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 28, §§ 1^{er} et 2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative 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) + “A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“Le supplément d’honoraires pour une prestation 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 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. 2.10.2014” (en vigueur 1.3.2015) + “A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“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 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) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022).

"§ 3bis. L'intervention de l'assurance pour les prestations 304990-305001, 304916-304920 et 301210-301221 est uniquement due si l'extraction dentaire est fait dans une des circonstances suivantes :"

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

"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'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. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018)

"Une dent ne peut être extraite qu'une fois et cela exclut tout remboursement ultérieur de soins dentaires conservateurs et d'extractions dentaires pour cette localisation dentaire."

"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, §§ 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) + "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 approuvés conformément au paragraphe 2^{ter} 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) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

§ 3^{quater}. Les prestations de la rubrique «extractions» dans le cas où une suture a été réalisée comprennent tant la suture et le matériel de suture, que l'enlèvement du matériel de suture. "

"A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"Les prestations d'honoraires complémentaires pour suture de plaie peuvent être uniquement portées en compte si elles sont cumulées avec les prestations 374975-374986, 374872-374883, 374754-374765, 374776-374780, 304975-304986, 304872-304883, 304990-305001, 304916-304920, 304754-304765, 304776-304780 et s'il n'y a pas de cumul avec une prestation chirurgicale de l'article 14 l) dans le même champ opératoire. "

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022).

"En cas d'extraction prévue sous 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221, toute extraction supplémentaire effectuée dans une même séance et dans le même quadrant donne droit aux honoraires prévus pour la prestation n° 374872- 374883, 304872-304883 ou 304916-304920. De plus, l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par jour pour les prestations 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221.

"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 12.11.2009" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

L'intervention de l'assurance pour les prestations 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221 n'est due que si la nécessité de la résection osseuse est démontrée par une radiographie et le protocole de l'intervention. Ces données doivent être conservées par le praticien dans le dossier du patient et peuvent être réclamées, pour consultation, par le médecin-conseil. La radiographie est incluse dans l'honoraire de l'extraction chirurgicale, si celle-ci est réalisée lors de la même séance."

"A.R. 11.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014) + "A.R. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

"§ 4. L'intervention de l'assurance pour le (re)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. 27.6.2018" (en vigueur 1.8.2018)

"Les obturations de cavités et les restaurations de la rubrique « soins conservateurs », sur des dents de lait ou des dents définitives chez des jeunes de moins de quinze ans, effectuées au moyen des amalgames dentaires, ne donnent pas droit au remboursement, à moins que le praticien de l'art dentaire le juge strictement nécessaire en raison d'un besoin médical spécifique du patient. La justification de l'utilisation des amalgames doit être conservée par le praticien dans le dossier du patient et elle peut être réclamée, pour consultation, par le médecin-conseil."

Les obturations de cavités et les restaurations de la rubrique « soins conservateurs » pour des femmes enceintes ou allaitantes, effectuées au moyen des amalgames dentaires, ne donnent pas droit au remboursement."

"A.R. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018)

"Chaque dent entre en ligne de compte maximum 2 fois par année civile pour l'intervention de l'obturation des cavités sur 1, 2 ou 3 faces d'une dent et/ou d'une restauration de cuspside, d'un bord incisal ou d'une couronne complète.

Pour les obturations des cavités sur 1, 2 ou 3 faces d'une dent et/ou d'une restauration de cuspside, d'un bord incisal ou d'une couronne complète, la mention des faces traitées est requise dans le dossier du patient."

"A.R. 6.11.2023" (en vigueur 1.1.2024) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.4.2024)

"Pour la prestation 373796-373800, l'agénésie d'une dent définitive correspondante doit être démontrée dans le dossier du patient."

"A.R. 9.1.2011" (en vigueur 1.3.2011) + "A.R. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

"§ 4ter. Le rapport standardisé de 301372-301383 et 371372-371383 comprend au moins l'enregistrement :

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

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) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022) + "A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022) + "A.R. 6.11.2023" (en vigueur 1.1.2024).

"§ 4^{quater}. Et Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 peuvent être attestées comme honoraires complémentaires pour les prestations de la rubrique « soins conservateurs » et « extractions » et les prestations 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781 à l'exception des prestations 373590-373601, 373612-373623, 373575-373586, 373774-373785, 303590-303601, 303612-303623, 303575-303586, 303774-303785, 375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163, 373796-373800, 303796-303800 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. "

"A.R. 27.9.2015" (en vigueur 1.12.2015) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

"La motivation pour l'attestation des prestations 379514-379525, 379492-379503, 309492-309503 et 309514-309525 et la documentation du handicap sont reprises par le praticien dans le dossier du bénéficiaire.

"A.R. 27.9.2015" (en vigueur 1.12.2015) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

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

"A.R. 27.9.2015" (en vigueur 1.12.2015) + "A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018) + "A.R. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

Les prestations 379514-379525, 379492-379503, 309492-309503 et/ou 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"

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 23.5.2017" (en vigueur 1.9.2017)

"1.1. Les formulaires, 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 si elle a été réalisée en minimum 4 étapes au cours d'au moins 3 séances distinctes. Les étapes sont les empreintes préliminaires, les empreintes secondaires, la prise de l'occlusion, l'essai et le placement.

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 l'essai, mais avant le placement et le contrôle.

Les travaux réalisés ainsi que les documents susmentionnés peuvent être demandés par 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.

Seulement dans cette situation, on peut être dispensé de la règle des étapes mentionnée sous le point 1.2."

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

"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) + "A.R. 23.5.2017" (en vigueur 1.9.2017)

"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" concernant cette prothèse 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'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 cœur 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) + "A.R. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

"2.4. Les prothèses amovibles pour les bénéficiaires jusqu'au 19^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. 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) + "A.R. 17.11.2019" (en vigueur 1.1.2020)

"3) les implants doivent avoir un diamètre minimal de 2,9mm et une longueur minimale de 4mm pour la partie ostéo-intégrable; "

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

"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. 17.11.2019" (en vigueur 1.1.2020)

"§ 5ter. Les règles de remboursement des prestations sous la rubrique "soins dentaires chez les patients atteints de cancer ou avec de l'anodontie

A. Critères concernant le bénéficiaire:

Les prestations 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309573-309584, 309595-309606, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746, 309750- 309761, ne sont remboursées à un bénéficiaire que dans l'une des indications suivantes:

1.Des implants ostéo-intégrés ont été remboursés via la prestation 312756-312760 chez des patients atteints d'un handicap fonctionnel et psychosocial grave à la suite d'une mutilation osseuse grave après résection tumorale du maxillaire ou de la mandibule, ou d'une ostéoradionécrose orofaciale ou une anodontie de dents définitives ;

2.Des dents ont été perdues ou il y a plusieurs anomalies dentaires suite à une réaction du greffon contre l'hôte dans la sphère oro-faciale après une thérapie par cellules souches;

3.Des dents ont été perdues ou il y a plusieurs anomalies dentaires suite à une chimiothérapie et/ou à une radiothérapie avant le 12e anniversaire.

La perte de dents susmentionnées doit être documentée dans le dossier du patient.

De plus, le remboursement des prestations 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309573-309584, 309595-309606, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746 et 309750-309761 dépend du nombre points d'appuis fonctionnels présents dans la bouche. Cela suppose que pour une bonne rétention et un bon support occlusal d'une prothèse dentaire amovible sont présents dans les parties latérales de la mâchoire, deux points d'appui non adjacents, y compris les canines et implants.

B. Règles d'attestation:

Le remboursement des prestations est limité pour chaque bénéficiaire de la manière suivante:

-Pour les prestations 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562: une seule fois par mâchoire et par période de dix années civiles ;

-Pour les prestations 309573-309584 et 309595-309606: maximum 4 par mâchoire. Si le bénéficiaire satisfait au premier critère A.1., les implants sont remboursés via la prestation 312756-312760. Si le bénéficiaire a déjà bénéficié d'une intervention via la prestation 308512-308523, l'intervention se limite dans la mâchoire inférieure à seulement maximum deux fois 309595-309606;

-Pour les prestations 309610-309621 et 309632-309643 : une fois par implant (maximum 4 par mâchoire), Si le bénéficiaire a déjà bénéficié d'une intervention via la prestation 308534-308545, l'intervention se limite dans la mâchoire inférieure à seulement maximum deux fois 309632-309643;

-Pour les prestations 309654-309665 et 309676-309680: maximum deux fois par mâchoire ;

-Pour les prestations 309691-309702 et 309713-309724: maximum deux fois par mâchoire.

-Pour les prestations 309735-309746 et 309750- 309761 : une fois par mâchoire

Pour ces limitations :

-la prestation 309654-309665 vaut comme deux prestations 309610-309621;

-la prestation 309676-309680 vaut comme deux prestations 309632-309643;

-la prestation 309691-309702 vaut comme une prestation 309610-309621

-la prestation 309713-309724 vaut comme une prestation 309632-309643;

-la prestation 309735-309746 vaut comme quatre prestations 309610-309621, plus la prestation 309536-309540;

-la prestation 309750-309761 vaut comme quatre prestations 309632-309643, plus la prestation 309551-309562.

C. Critères concernant les prestations :

Entrent uniquement en ligne de compte pour l'intervention les implants qui répondent à toutes les conditions de l'article 6, §5bis 3), 4), 5) et 6).

Les matériaux prothétiques utilisés doivent avoir un caractère durable.

Les prestations 309573-309584 et 309595-309606 couvrent l'étude préparatoire, l'intervention chirurgicale, le matériel utilisé, le suivi et tout remplacement nécessaire pendant 12 mois après le placement.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746 et 309750-309761 comprend l'étude préparatoire, tous les matériaux utilisés et les coûts, le placement, les séance(s) de contrôle et le suivi pendant 30 jours à partir du placement

D. Procédure et formulaire :

La demande d'intervention pour les prestations mentionnées ci-dessus se fait au moyen d'un formulaire dont le modèle est déterminé par le Comité d'assurance. Le formulaire complété doit être obligatoirement transmis avec l'attestation de soins donnés à l'organisme assureur, qui transfère le document à l'INAMI.

Dans le cas où le bénéficiaire répond au critère A.1., un formulaire réglementaire dont le modèle est annexé au règlement du 28 juillet 2003 doit être complété. Celui-ci doit reprendre les éléments suivants :

-La date à laquelle le Collège des médecins directeurs a accordé l'intervention pour la prestation 312756-312760 ainsi que le nombre d'implants remboursés ;

-la mention des points d'appuis présents dans le maxillaire supérieur et/ou inférieur ainsi que, en fonction de ceux-ci, le matériel utilisé pour la restauration.

Pour le critère A.1., l'intervention pour les prestations 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746 et 309750-309761 n'est due qu'après accord du Collège des médecins directeurs pour une intervention pour la prestation 312756- 312760.

Dans le cas où le bénéficiaire répond aux critères A.2. ou A.3., un formulaire réglementaire dont le modèle est annexé au règlement du 28 juillet 2003 doit être complété. Celui-ci doit reprendre les éléments suivants :

- la description de l'affection oncologique du bénéficiaire ;

- en cas de tumeur dans la sphère oro-faciale, la localisation de la tumeur ;

- les traitements que le bénéficiaire a suivi pour l'affection oncologique ;

- les fonctions sur lesquelles la maladie et/ou son traitement a eu un impact ;

- la mention des points d'appuis présents dans la mâchoire supérieur et/ou inférieur ainsi que, en fonction de ceux-ci, le matériel utilisé pour la restauration ;

Le formulaire est accompagné d'un rapport médical, établi après une consultation multidisciplinaire en présence d'un médecin oncologue et du dentiste traitant. En cas d'anodontie, un rapport du dentiste traitant est suffisant.

Si le travail prothétique est interrompu prématurément en raison du décès du patient ou pour des raisons médicales impérieuses, et pour autant qu'il est satisfait aux conditions pour bénéficier de l'assurance pour un des critères prévu sous A., l'intervention de l'assurance est la suivante ;

- 30% de l'intervention de l'assurance prévue pour une prestation 309573-309584 ou 309595-309606 après planification et la préparation des travaux et avant le placement des implants ;

- 50% de l'intervention de l'assurance prévue pour les prestations ,309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746 ou 309750-309761, après les empreintes définitives ;

- 80% de l'intervention de l'assurance prévue pour les prestations 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540 et 309551-309562 ;

- 80% de l'intervention de l'assurance prévue pour les prestations 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746 et 309750-309761, après l'achèvement de la prothèse ou du bridge et avant le placement de celui-ci ;

Les données démontrant les étapes de la réalisation des matériaux prothétiques doivent être conservées par le praticien dans le dossier du patient et peuvent être demandées pour consultation par le médecin-conseil.

Le formulaire doit contenir les modalités permettant aux organismes assureurs d'intervenir correctement lors de l'interruption du travail prothétique en raison du décès du patient ou pour des raisons médicales impérieuses.

"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 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

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"* Durant la durée de validité de l'annexe 60 ou son équivalent qui notifie le démarrage d'un traitement orthodontique régulier selon les modalités prévues au point 4.2 ; "

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)

"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.
"

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"Répartie ainsi en 2 forfaits, elle couvre l'entièreté du traitement orthodontique de première intention qui comprend la rédaction et la conservation de la notification dans le dossier du patient, l'appareillage, la pose de l'appareillage et les visites de traitement. "

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)

"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.

"A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"3.1.3. Pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé pour un traitement orthodontique de première intention, l'annexe 60bis ou son équivalent doit être rédigée au plus tard le jour du placement de l'appareil et conservée dans le dossier du patient et gardée à disposition du médecin-conseil; "

~~3.2. Notification de démarrage d'un traitement orthodontique de première intention.~~ Abrogé par A.R. 10.4.2022 (en vigueur 1.7.2022)

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)

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.

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"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 minimum 6 forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier et, au plus tôt, dans le courant du 6^e mois de traitement régulier.
- La rédaction et la conservation dans le dossier du patient de l'annexe 60 ou son équivalent sont comprises 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. "

"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 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 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.

"A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

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

4.2.1. Pour que le patient puisse bénéficier d'une intervention de l'assurance, il faut au plus tard au moment du démarrage d'un traitement orthodontique régulier que l'annexe 60 ou son équivalent soit rédigée et conservée dans le dossier du patient et gardée à disposition du médecin-conseil.

4.2.2. Le traitement orthodontique régulier doit commencer avant le 15^{ème} anniversaire.

4.2.3. Dans le cas où le traitement ne peut commencer avant le 15^{ème} anniversaire de l'assuré, le praticien peut attester entre le 13^{ème} et le 15^{ème} anniversaire la prestation 305572-305583, conformément aux conditions reprises au point 1.5., ou le pseudocode 305690-305701. Cette prestation ou ce pseudocode doivent être en possession de l'organisme assureur avant le 15^{ème} anniversaire de l'assuré. Le traitement orthodontique doit commencer dans une période de 24 mois civils à partir de la date du code 305572-305583 ou 305690-305701

4.2.4. Lorsqu'il est prévu de commencer le traitement orthodontique régulier, à partir de la date du 15^{ème} anniversaire du bénéficiaire et au-delà du délai de validité des codes 305572-305583 ou 305690-305701, le pseudocode 305756-305760 peut être attesté comme notification à titre conservatoire à l'organisme assureur. La durée de validité de cette notification au moyen de ce code se termine au 22^{ème} anniversaire de l'assuré.

4.2.4.1. Pour être valable et prise en considération, une notification à titre conservatoire doit être attestée au moyen du pseudocode 305756-305760 au plus tôt dans la période des 24 mois civils précédant le 15^{ème} anniversaire du bénéficiaire et être en possession de l'organisme assureur au plus tard avant le 15^{ème} anniversaire. Le dossier du patient doit mentionner explicitement une justification détaillée du report du commencement du traitement.

4.2.4.2. Une notification après le 13^{ème} anniversaire du patient au moyen des codes 305572-305583 ou 305690-305701 peut être transformée, durant sa période de validité, en une notification à titre conservatoire en attestant le code 305756-305760. Le dossier du patient doit mentionner explicitement une justification détaillée du report du commencement du traitement.

4.2.5. Au plus tard dans le mois suivant celui de la réception de l'un des codes 305631-305642, 305572-305583, 305690-305701 ou 305756-305760 l'organisme assureur informera le bénéficiaire des prestations pour lesquelles il peut encore bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire. Tenant compte des éléments dont il dispose, l'organisme assureur lui fournira un historique des codes orthodontiques déjà utilisés.

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)

"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. «

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)+ "A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"Si, exceptionnellement, l'annonce de l'interruption 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. "

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)

"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. "

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"4.3.2. Pour être dans les délais requis de réception, l'annonce de l'interruption 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. "

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)

"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. "

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) +" A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"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 selon les modalités prévues au point 4.2, 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). "

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)

"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"

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"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 période de validité de 24 mois civils à partir de la date du code 305572-305583 ou 305690-305701 qui se poursuit au-delà du 15ème anniversaire, soit pendant la période de 24 mois civils précédant le 15ème anniversaire du bénéficiaire. Le dernier mois de la période coïncide avec celui du 15^e anniversaire du patient. "

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014)

"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 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.

"A.R. 4.12.2013" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"6.4. 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 10 avril 2022 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.

6.5. Les notifications via l'annexe 60 réceptionnées auprès des organismes assureurs avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 avril 2022 peuvent durant la période de leur validité être transformées en notification à titre conservatoire selon les modalités prévues au point 4.2.4.2.

Cette possibilité vaut aussi pour les cas dans le point 6.6. ci-après."

"A.R. 10.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"6.6. Dans le cas où le traitement ne peut commencer avant le 15^{ème} anniversaire de l'assuré et à défaut des codes 305572-305583, 305690-305701 ou 305756-305760, la réception d'une notification au moyen de l'annexe 60, qui a été rédigée, à titre conservatoire ou non, avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 avril 2022 et introduite à partir de cette date auprès de l'organisme assureur avant le 15^{ème} anniversaire du bénéficiaire, peut être acceptée. Cette possibilité est limitée à une période de deux ans à partir de la date de la rédaction de l'annexe 60.

Dans ce cas et sous réserve des dispositions reprises sous le point 4.2., la période de validité durant laquelle le traitement orthodontique peut démarrer est de 24 mois civils à compter à partir de la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 avril 2022, sauf notification à titre conservatoire."

§ 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)

§ 10bis. 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) + “A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“§ 17. Radiographies”

“A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“1. Général.”

“A.R. 31.8.2011” (en vigueur 1.3.2011) + “A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“Les prestations radiographiques sont réservées aux praticiens qui satisfont aux obligations réglementaires énoncées dans ou en vertu de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l’environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l’Agence fédérale de Contrôle nucléaire.

Pour établir que les obligations visées au premier alinéa sont respectées, 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 qu’ils disposent de l’autorisation nécessaire pour l’utilisation des appareils à rayons X pour le diagnostic dentaire, que l’appareil avec lequel les prestations sont effectuées a fait l’objet d’un procès-verbal de réception favorable, que cet établissement, ainsi que les appareils ont fait l’objet de contrôles périodiques et que l’établissement ainsi que les appareils sont conformes aux dispositions applicables de la réglementation concernant les rayonnements ionisants et l’autorisation de création et d’exploitation.

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.

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. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“2. Cumul et accès.”

“A.R. 31.8.2011” (en vigueur 1.3.2011) + “A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

+ “A.R. 28.3.2024” (en vigueur 1.4.2024)

“Toutefois, les honoraires pour les prestations 377112 – 377123, 377134 – 377145, ne sont pas cumulables avec les honoraires pour la prestation 455630 – 455641. “

“A.R. 31.8.2011” (en vigueur 1.3.2011) + “A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“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) + “A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018) + “A.R. 28.3.2024” (en vigueur 1.4.2024)

“Les prestations 377296-377300, 377311-377322, 377230-377241, 377333- 377344, 377355-377366, 307296-307300, 307311-307322, 307230-307241, 307252-307263, 307333-307344 et 307355-307366 sont également honorées lorsqu’elles sont effectuées par un médecin spécialiste en radiologie, sous les conditions énoncées à l’article 17.

“A.R. 7.1.2018” (en vigueur 1.2.2018)

“3. Prescrire des radiographies dentaires.

Pour pouvoir être portées en compte, les prestations de l’article 5 de la nomenclature qui sont effectuées sur prescription, doivent répondre aux conditions suivantes :

1° avoir été prescrites par un praticien de l’art dentaire ayant le patient en traitement ;

2° sont mentionnés sur la prescription : a) les nom, prénom(s), date de naissance et sexe du patient ;
b) les informations cliniques pertinentes ;
c) l'explication de la demande de diagnostic ;
d) les informations supplémentaires pertinentes telles qu'une allergie, un diabète, une insuffisance rénale, une grossesse, un implant ou autres ;
e) le ou les examen(s) proposé(s) ;
f) le ou les examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic ;
g) l'identification du prescripteur avec mention des nom, prénom, adresse et numéro d'identification ;
h) la date de la prescription ;
i) la signature du prescripteur.

Le formulaire de demande utilisé pour la prescription des prestations ne peut déroger au modèle établi par le Comité de l'assurance soins de santé pour ce qui concerne les mentions devant y figurer. Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé ;

3° Sur base de la demande de diagnostic et sur base du contexte clinique, le prestataire qui exécute la prescription effectue l'examen le plus indiqué.

Le prestataire qui exécute la prescription peut remplacer un ou plusieurs examens proposés par le prescripteur par un autre examen de l'article 5. Toute substitution est expliquée dans le protocole.

Lors de la détermination de l'examen le plus indiqué, il est tenu compte des examens pertinents déjà effectués dont on a connaissance ;

Un protocole écrit de l'examen doit être établi et conservé. Ce protocole doit être structuré comme une réponse à la demande de diagnostic et doit contenir la justification des techniques et procédés utilisés ;

4° sans préjudice aux autres réglementations en vigueur, les prescriptions doivent être gardées pendant cinq ans à partir de l'exécution de la prescriptions, par celui qui exécute de la prescription. Elles doivent être classées par ordre chronologique sur base de la date d'exécution de la prestation. Elles sont exigibles pour vérification, même en dehors de toute enquête, par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie invalidité ;

Un double du protocole doit être gardé avec la prescription."

"A.R. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018)
"4. Directives cliché panoramique."

"A.R. 25.9.2014" (en vigueur 1.12.2014) + "A.R. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018)
"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 prescrite ou 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 fœtus 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. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

"§ 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.R. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023) + "A.R. 28.3.2024" (en vigueur 1.4.2024)

"A l'exception des prestations

371114-371125, 301114-301125, 371033-371044, 301033-301044,
 371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081,
 371195-371206, 301195-301206, 301210-301221, 371254-371265,
 301254-301265, 371276-371280, 301276-301280, 371291-371302,
 301291-301302, 371313-371324, 301313-301324, 371335-371346,
 301335-301346, 371350-371361, 301350-301361, 371372-371383,
 301372-301383, 371615-371626, 371571-371582, 371696-371700,
 301696-301700, 371711-371722, 301711-301722, 371733-371744,
 301733-301744, 371755-371766, 301755-301766, 371770-371781,
 301770-301781, 372153-372164, 302153-302164, 372175-372186,
 302175-302186, 372190-372201, 302190-302201, 372212-372223,
 302212-302223, 372234-372245, 302234-302245, 374975-374986,
 304975-304986, 374872-374883, 304872-304883, 304990-305001,
 304916-304920, 374754-374765, 304754-304765, 374776-374780,
 304776-304780, 375130-375141, 305130-305141, 375152-375163,
 305152-305163, 308512-308523, 377031-377042, 307031-307042,
 377053-377064, 307053-307064, 377296-377300, 377311-377322,
 307296-307300, 307311-307322, 377112-377123, 377134-377145,
 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263, 377333-377344,
 377355-377366, 307333-307344, 307355-307366, 379514-379525,
 309514-309525, 389631-389642, 389653-389664, 372352-372363,
 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444,
 379492-379503, 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400,
 302411-302422, 302433-302444, 309492-309503, 372551-372562,
 302551-302562, 372573-372584, 302573-302584, 372595-372606,
 302595-302606, 372610-372621, 302610-302621, 372632-372643,
 302632-302643, 309573-309584 et 309595-309606 aucune prestation
 de l'article 5 n'est prise en charge par l'assurance lorsqu'elle est
 effectuée ou déléguée 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,
 371254-371265, 301254-301265, 371615-371626, 371571-371582,
 371593-371604, 301593-301604, 305550-305561, 305572-305583,
 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745, 305631-305642,
 305675-305686, 305830-305841, 305852-305863, 305911-305922,
 305933-305944, 305955-305966, 377031-377042, 307031-307042,
 377053-377064, 307053-307064, 377333-377344, 377355-377366,
 307333-307344, 307355-307366, 377112-377123, 377230-377241,
 307230-307241, 307252-307263, 377333-377344, 377355-377366,
 307333-307344, 307355-307366, 389631-389642 et 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. 12.7.2023" (en vigueur 1.9.2023)

§ 18bis. En exécution de l'article 4, § 5 de la nomenclature les prestations 372455-372466, 372470-372481, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 372551-372562, 302551-302562, 372573-372584, 302573-302584, 372595-372606, 302595-302606, 372610-372621, 302610-302621, 372632-372643, 302632-302643, 309492-309503, 379492-379503 sont prises en charge par l'assurance lorsqu'elles sont effectuées par un hygiéniste buccodentaire à condition d'être prescrites par un praticien de l'art dentaire qui est lui-même compétent pour attester l'acte en vertu de l'article 6, § 18. Ces prestations doivent être portées en compte à l'assurance soins de santé par un praticien de l'art dentaire qui est compétent pour attester la prestation qui identifie l'hygiéniste bucco-dentaire sur l'attestation de soins donnés avec son nom et son numéro INAMI.

Pour pouvoir être portées en compte, les prestations 372455-372466, 372470-372481, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 372551-372562, 302551-302562, 372573-372584, 302573-302584, 372595-372606, 302595-302606, 372610-372621, 302610-302621, 372632-372643, 302632-302643, 309492-309503, 379492-379503 doivent répondre aux conditions suivantes :

1° avoir été prescrites par un praticien de l'art dentaire ayant le patient en traitement et compétent pour porter en compte ces prestations en vertu de l'article 6, § 18 ;

2° sont mentionnés sur la prescription :

- a) Les nom, prénom(s), date de naissance et sexe du patient;
- b) La ou les prestation(s) à effectuer;
- c) Les informations cliniques après caractérisation ;
- d) Les informations supplémentaires pertinentes comme par exemple une allergie, un diabète, une insuffisance rénale, une grossesse, un implant, endocardite ou autres;
- e) L'identification du prescripteur avec mention des nom, prénom, adresse et numéro INAMI ;
- f) La date de la prescription;
- g) La signature du prescripteur.

Le formulaire de demande utilisé pour la prescription des prestations ne peut déroger au modèle établi par le Comité de l'assurance soins de santé pour ce qui concerne les mentions devant y figurer. Par traitement à effectuer, un formulaire de demande distinct est exigé ;

3°La prescription a une durée de validité de 6 mois ;

4° Sans préjudice aux autres réglementations en vigueur, les prescriptions doivent être gardées dans le dossier du patient pendant cinq ans à partir de l'exécution de la prescription, par celui qui porte en compte la prestation. Elles sont exigibles pour vérification par le médecin conseil et par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie invalidité ; "

"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 1^{er} janvier ou le 1^{er} avril ou le 1^{er} juillet ou le 1^{er} octobre;
- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile."

"A.R. 6.6.2022" (en vigueur 1.7.2022)

§ 20. Toutes les prestations de l'article 5 de la nomenclature doivent être effectuées conformément aux critères prévus aux articles 14, 17 et 19 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

Lorsqu'une prestation de l'article 5 de la nomenclature est effectuée en dehors d'un cabinet fixe, cette information doit être indiquée à l'aide d'un pseudocode attesté selon les modalités prévues à l'article 23 § 7 du 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.