

**A.R. 25.5.2024 M.B. 31.5.2024**  
**En vigueur 1.7.2024 (x2)**  
**+**  
**A.R. 29.5.2024 M.B. 10.6.2024**  
**En vigueur 1.7.2024**

■ [Modifier](#)

■ [Insérer](#)

■ [Enlever](#)

## Article 6 – SOINS DENTAIRES

A.R. 25.5.2024 – M.B. 31.5.2024 – E.V. 1.7.2027 – 2024/005343 – 2024/005345

A.R. 29.5.2024 – M.B. 10.6.2024 – E.V. 1.7.2027 – 2024/005140

### Art. 6. Généralités.

...

"§ 1<sup>quater</sup>. Pendant une hospitalisation pour une prestation de l'article 5 ou 14 I, aucune consultation ne peut être attestée."

"§ 1<sup>quinquies</sup>. La prestation 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422 ou 309433-309444 pourra être portée en compte par patient et par dispensateur de soins au maximum une fois par 7 jours calendrier

Par patient, la prestation 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422 ou 309433-309444 ne peut être cumulée le même jour avec aucune autre prestation de l'article 5 et de l'article 14 L de la nomenclature.

Un prestataire de soins de santé peut porter en compte la prestation 379411-379422 et/ou 309411-309422 au maximum 20 fois par mois civil.

Les jours où un dentiste travaille dans le cadre d'un service de garde organisé agréé, les prestations 379433-379444 et/ou 309433-309444 peuvent être portées en compte au maximum 20 fois par jour. Lors d'un service de garde organisé, les prestations 379411-379422 et 309411-309422 ne peuvent pas être utilisées.

L'heure de l'appel, la demande soins et la réponse à la question de soins posée doivent être notées dans du patient dossier du patient. "

§ 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.

~~"§ 4<sup>quater</sup>. 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."~~

~~"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."~~

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

~~Les prestations 379514-379525, 379492-379503, 309492-309503 et/ou 309514-309525 sont limitées à deux par jour~~

**§ 4<sup>quater</sup>.** 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 371615-371626, 371571-371582, 371593-371604, 372514-372525, 372536-372540, 372153-372164, 372175-372186, 372190-372201, 372212-372223, 372234-372245, 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 301593-301604, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245 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.

Les prestations 379492-379503 et 309492-309503 peuvent être attestées comme honoraires complémentaires pour les prestations 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422 et 302433-302444 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.

Les prestations 379492-379503 et 309492-309503 peuvent être attestées comme honoraires complémentaires pour les prestations 372455-372466, 372470-372481, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 372551-372562, 372573-372584, 372595-372606, 372610-372621, 372632-372643 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 302551-302562, 302573-302584, 302595-302606, 302610-302621, 302632-302643 pour les soins dont la réalisation prend plus de temps à cause d'un handicap ou de limitations fonctionnelles persistants d'ordre physique ou mental chez le patient.

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

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

Les prestations 379514-379525, 379492-379503, 309492-309503 et/ou 309514-309525 sont limitées à deux par jour par patient"

...

**~~"§ 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.~~

## **"§ 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:**

A.1. Les prestations 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 372816-372820, 372831-372842, 372853-372864, 372875-372886, 372890-372901, 372912-372923, 372934-372945, 372956-372960, 309573-309584, 309595-309606, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746, 302750-302761, 302772-302783 et 302794-302805 ne sont remboursées selon les règles d'applications prévues au point B du présent paragraphe à un bénéficiaires que dans l'une des indications suivantes :

A.1.a. 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, soit :

- d'une mutilation osseuse grave après résection tumorale du maxillaire ou de la mandibule ;
- ou d'une ostéo(radio)nécrose orofaciale ;
- ou d'une anodontie de dents définitives ;
- ou d'une agénésie multiple définie au point A.1.d.

A.1.b. 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. La perte de dents doit être documentée dans le dossier du patient.

A.1.c. 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 doit être documentée dans le dossier du patient.

A.1.d. Le patient présente des agénésies qui se définissent comme une agénésie congénitale d'au moins quatre dents définitives dont au moins deux dents dans un même quadrant, excepté les dents de sagesse et les incisives latérales. Les restaurations prothétiques remboursables sont possibles uniquement à l'emplacement des agénésies congénitales. Les agénésies congénitales doivent être démontrées par le patient à l'aide de toute preuve possible (radiographie, dossier dentaire).

A.2. 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, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 et 302750-302761 dépend du nombre points d'appui fonctionnels présents dans la bouche. Cela suppose que pour une bonne rétention et un bon support occlusal d'une prothèse dentaire 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 :

B.1. Pour les prestations de châssis métalliques (Art. 5, §5, A) :

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

Pour le groupe cible A.1.b. et A.1.c. ainsi que pour les patients de moins de 19 ans qui répondent au critère du groupe A.1.d., les prestations 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562 peuvent être remboursées sans placement d'implants.

B.2. Pour les prestations de bridges adhésifs destinées aux bénéficiaires de moins de 19 ans du groupe cible A.1.d. (Art. 5, §5, B1) :

B.2.a. Pour les prestations 372816-372820 ou 372831-372842 y compris les honoraires complémentaires qui composent le bridge adhésif, maximum trois bridges adhésifs par mâchoire ;

B.2.b. Le renouvellement de chaque bridge adhésif remboursé suite à la décision du Conseil technique dentaire n'est autorisé qu'une fois par période de deux années civiles. L'année civile au cours de laquelle a lieu le placement de la prothèse est la première des deux années civiles ;

B.2.c. Pour les prestations 372816-372820, 372831-372842, 372853-372864, 372875-372886, 372890-372901, 372912-372923, 372934-372945 et 372956-372960 le ou les numéro(s) de(s) dent(s) de l'emplacement de ces prestations doit obligatoirement être mentionné lorsque ces codes sont portés en compte à l'assurance soins de santé ;

B.2.d. L'intervention maximale de l'assurance pour la réparation d'un bridge adhésif remboursé 372934-372945 est limitée à une fois par bridge et par année civile ;

B.3. Pour les prestations d'implant ostéo-intégré, abutment, barre, bridge ou couronne (Art. 5, §5, B2) :

B.3.a. Pour les prestations 309573-309584 et 309595-309606 : maximum 4 par mâchoire. Si le bénéficiaire satisfait au critère A.1.a., 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 ;

B.3.b. Pour les prestations 309610-309621 et 309632-309643: une fois par implant (maximum 4 par mâchoire). Dans le cas où 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 ;

B.3.c. Pour les prestations 309654-309665 et 309676-309680: maximum deux fois par mâchoire ;

B.3.d. Pour les prestations 309691-309702 et 309713-309724: maximum deux fois par mâchoire ;

B.3.e. Un bridge sur la mâchoire supérieure est composé de maximum 4 prestations 302654-302665 et maximum 8 prestations 302691-302702 ;

B.3.f. Un bridge sur la mâchoire inférieure est composé de maximum 4 prestations 302676-302680 et maximum 8 prestations 302713-302724 ;

B.3.g. Un seul bridge est remboursé par mâchoire et par période de quinze années civiles. L'année civile au cours de laquelle a lieu le placement du bridge est la première des quinze années civiles ;



B.3.h. Les patients de plus de 19 ans du groupe cible A.1.b. chez qui il n'est pas possible de placer des implants peuvent bénéficier du remboursement des prestations 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702 et 302713-302724 relatives au bridge ;

B.3.i. Pour la prestation de réparation 302772-302783, maximum une fois par année civile et par bridge ou couronne remboursé(e) ;

B.3.j. Une seule couronne sur pilier 302735-302746 est remboursée par implant remboursable et une seule extension 302750-302761 est remboursée par couronne sur pilier 302735-302746 ;

B.3.k. Les prestations de bridge 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724 ne peuvent pas être cumulées à un même emplacement avec les prestations de couronne 302735-302746, 302750-302761.

B.3.l. Pour la prestation 302772-302783, le numéro de dent de l'emplacement de cette prestations doit obligatoirement être mentionné lorsque ce code est porté en compte à l'assurance soins de santé ;

#### C. Critères concernant les prestations :

C.1. Entrent uniquement en ligne de compte pour l'intervention de l'assurance soins de santé les implants qui répondent à toutes les conditions de l'article 6, §5bis 3), 4), 5) et 6).

C.2. Les matériaux prothétiques utilisés doivent avoir un caractère durable.

C.3. 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.

C.4. 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, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 et 302750-302761 comprend l'étude préparatoire, tous les matériaux utilisés et les coûts, le placement, les séance(s) de contrôle et le suivi pendant 90 jours à partir du placement.

#### D. Procédure et formulaire :

L'intervention pour les prestations mentionnées ci-dessus se fait au moyen d'un formulaire dont le modèle est déterminé par le Comité d'assurance, à savoir les formulaires annexe 90, annexe 91 ou annexe 57bis.

D.1. Dans le cas où le bénéficiaire répond au critère A.1.a., le formulaire (annexe 90) est complété et conservé dans le dossier du patient et est gardé à disposition du médecin-conseil. Le formulaire doit néanmoins être transmis à l'organisme assureur en cas de demande d'intervention pour un traitement interrompu prématurément en raison du décès du patient ou pour des raisons médicales impérieuses.

D.2. Dans le cas où le bénéficiaire répond aux critères A.1.b. ou A.1.c. le formulaire (annexe 91) complété doit être obligatoirement transmis à l'organisme assureur, qui transfère le document à l'INAMI.

D.3. Dans le cas où le bénéficiaire de moins de 19 ans répond aux critères A.1.d. et souhaite bénéficier d'une intervention pour un châssis métallique 379536-379540 et/ou 379551-379562 ou un bridge adhésif direct ou indirect 372816-372820 et/ou 372831-372842 et les prestations y afférentes, une demande d'intervention de l'assurance soins de santé doit être introduite auprès du Conseil technique dentaire dont l'accord est sollicité au moyen du formulaire 57bis par l'intermédiaire du médecin-conseil qui juge si le dossier est complet.

Lorsqu'une demande pour une prothèse amovible est également introduite en application de l'article 6 §5 5.2. de la nomenclature, le formulaire 57bis doit être obligatoirement joint au formulaire 57.

Les agénésies congénitales multiples doivent être démontrées à l'aide de toute preuve possible jointe au dossier (radiographie, dossier dentaire,...).

Le formulaire 57bis est celui 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.

Un accord du Conseil technique dentaire pour une intervention pour un bridge adhésif reste acquis. Le renouvellement d'un bridge adhésif dans les limites prévues dans la nomenclature (B.2.b.) ne nécessite pas de nouvelle demande.

D.4. Dans le cas où le bénéficiaire répond au critère A.1.a., l'intervention pour les prestations 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676- 309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 et 302750-302761 n'est due qu'après accord du Collège des médecins directeurs pour une intervention pour la prestation 312756-312760.

Un formulaire réglementaire dont le modèle est annexé au règlement du 28 juillet 2003 (annexe 90) 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.

D.5. Dans le cas où le bénéficiaire répond aux critères A.1.b. ou A.1.c., un formulaire réglementaire dont le modèle est annexé au règlement du 28 juillet 2003 (annexe 91) 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.

Ce formulaire est accompagné d'un rapport médical, établi après une consultation multidisciplinaire en présence d'un médecin oncologue et du dentiste traitant.

D.6. Si le travail prothétique est interrompu prématurément en raison du décès du patient ou pour des raisons médicales impérieuses, et pour autant qu'il satisfasse 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 la 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, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 et 302750-302761, après les empreintes définitives ;

- 80% de l'intervention de l'assurance prévue pour les prestations 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 372816-372820 et 372831-372842 ;

- 80% de l'intervention de l'assurance prévue pour les prestations 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 et 302750-302761 après l'achèvement de la prothèse, du bridge ou de la couronne 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.

## “§ 6 ORTHODONTIE

...

### **3. Traitement orthodontique de première intention.**

#### **3.1. Définition et intervention de l'assurance.**

...

**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 :

...

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

Le premier forfait (305933-305944) doit être attesté avant le 9e anniversaire du bénéficiaire. L'intervention pour le traitement de première intention 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.

...

"§ 18. A l'exception des prestations 371092-371103, 301092-301103, 371114-371125 et 301114-301125, toutes les prestations de l'article 5 sont prises en charge par l'assurance lorsqu'elles sont effectuées par un candidat dentiste généraliste sous les conditions de l'article 4, § 3 et 4, un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, un médecin spécialiste en stomatologie ou un médecin-dentiste. "

"A l'exception des prestations

371114-371125, 301114-301125, 371033-371044, 301033-301044, 371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081, 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, 377296-377300, 377311-377322, 307296-307300, 307311- 307322, 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, 309595-309606, 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444 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, 389653-389664,  
379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444

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."