

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2005 — 3501

[C — 2005/22718]

6 DECEMBRE 2005. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, § 2, 2° modifié par la loi du 20 décembre 1995 et l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 6, modifié par les arrêtés royaux des 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 8 août 1997, 3 février 1999, 29 mars 2000, 11 décembre 2000, 15 juin 2001, 28 février 2002, 20 septembre 2002 et 21 janvier 2004;

Vu la proposition du Conseil technique dentaire formulée au cours de sa réunion du 13 juillet 2005;

Vu l'avis émis par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité donné le 13 juillet 2005;

Vu la décision de la Commission nationale dento-mutualiste en date du 13 juillet 2005;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 19 juillet 2005;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 25 juillet 2005;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 2 septembre 2005;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 14 octobre 2005;

Vu l'urgence motivée par le fait qu'en l'occurrence, il est essentiel que cet arrêté, qui contient des règles d'application de la nouvelle nomenclature pour les enfants jusqu'à leur 12^e anniversaire, en exécution du projet N0506/04 de l'Accord national dento-mutualiste du 15 décembre 2004 qui doit entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2005, entre également en vigueur à la même date; qu'une exécution dans les temps de cet Accord est nécessaire pour la sécurité tarifaire et pour le maintien du modèle de concertation en assurance soins de santé obligatoire;

Vu l'avis 39.368/1 du Conseil d'Etat, donné le 10 novembre 2005, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel que modifié par les arrêtés royaux des 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 8 août 1997, 3 février 1999, 29 mars 2000, 11 décembre 2000, 15 juin 2001, 28 février 2002, 20 septembre 2002 et 21 janvier 2004 sont apportées les modifications suivantes:

1° Dans le § 1^{er} bis les mots « le n° 301033 » sont remplacés par les mots « les n°s 371033 et 301033 »;

2° Le § 3 est abrogé;

3° Le § 5 est remplacé par la disposition suivante :

« § 5. Prothèses amovibles partielles et complètes

1. Généralités

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2005 — 3501

[C — 2005/22718]

6 DECEMBER 2005. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, § 2, 2° gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 6, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 juni 1991, 19 december 1991, 8 augustus 1997, 3 februari 1999, 29 maart 2000, 11 december 2000, 15 juni 2001, 28 februari 2002, 20 september 2002 en 21 januari 2004;

Gelet op het voorstel van de Technische tandheelkundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 13 juli 2005;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gegeven op 13 juli 2005;

Gelet op de beslissing van de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen van 13 juli 2005;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 19 juli 2005;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 25 juli 2005;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 2 september 2005;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 14 oktober 2005;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid dat dit besluit dat de toepassingsregels bevat bij de nieuwe nomenclatuur voor kinderen tot de 12^e verjaardag ter uitvoering van het voorstel N0506/04 van het Nationaal Akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen van 15 december 2004 dat in werking moet treden op 1 september 2005, eveneens op die datum in werking kan treden; dat een tijdige uitvoering van dit besluit nodig is voor de tariefzekerheid en voor het behoud van het overlegmodel in de verplichte ziekteverzekering;

Gelet op advies 39.368/1 van de Raad van State, gegeven op 10 november 2005, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 juni 1991, 19 december 1991, 8 augustus 1997, 3 februari 1999, 29 maart 2000, 11 december 2000, 15 juni 2001, 28 februari 2002, 20 september 2002 en 21 januari 2004 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In § 1 bis worden de woorden « nr. 301033 » vervangen door de woorden « nrs 371033 en 301033 »;

2° § 3 wordt opgeheven;

3° § 5 wordt vervangen als volgt:

« § 5. Uitneembare partiële en volledige prothesen

1. Algemeen

1.1. De formulieren 56, 57 en 58, welke hierna vermeld worden, zijn deze waarvan het model als bijlage gaat onder hetzelfde nummer bij de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

- d'une attestation de soins donnés dûment complétée sur laquelle figurent la date, la signature et le cachet du praticien qui a effectivement élaboré et placé la prothèse;
 - d'un formulaire 56 complété entièrement;
- et, le cas échéant :
- d'un formulaire 57 ou 58 entièrement complété;
 - l'accord, suivant le cas, de l'instance compétente.

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

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

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

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

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

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.

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

- 1) Syndromes de malabsorption et maladies colorectales;
- 2) Intervention(s) mutilante(s) du système digestif;
- 3) Perte de dents consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie ou un traitement par agent ionisant;
- 4) Extraction de dents préalable à une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;
- 5) Absence congénitale ou héréditaire de multiples dents ou malformations congénitales ou héréditaires sévères des maxillaires ou de dents.

La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie.

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

Dans les cas visés aux points 1) et 2), l'intervention de l'assurance ne peut être accordée que pour autant que la prothèse joue un rôle déterminant dans le traitement de la pathologie.

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.

1.2. De verzekeringstegemoetkoming voor een nieuwe prothese is enkel verschuldigd op voorlegging van :

- een behoorlijk ingevuld getuigschrift voor verstrekte hulp waarop de datum, de handtekening en de stempel voorkomen van de practicus die de prothese daadwerkelijk heeft vervaardigd en geplaatst;
 - een volledig ingevuld formulier 56;
- en desgevallend:
- een volledig ingevuld formulier 57 of 58;
 - het akkoord, naargelang het geval, van de bevoegde instantie.

1.3. Indien de rechthebbende, die voldoet aan de voorwaarden tot verzekeringstegemoetkoming voor een tandprothese, overlijdt tijdens de confectionperiode van zijn prothese, wordt de voorziene verzekeringstegemoetkoming herleid tot :

- 25 % indien de standaardafdrukken en de individuele afdrukken reeds genomen werden en de beetwallen gerealiseerd;
- 50 % indien bovendien de beetrelatiebepaling geschiedde en de prothese in pas is;
- 75 % na de afwerking, maar voor de plaatsing en controle.

Als bewijs moeten de gerealiseerde werken samen met de hogervermelde documenten aan de verzekeringsinstelling bezorgd worden.

Bij gelijkaardige gevallen kan de Technische tandheelkundige raad aan de hand van een omstandige aanvraag en onder dezelfde voorwaarden verzekeringstegemoetkoming verlenen.

1.4 Om te weten of een verzekeringstegemoetkoming kan verleend worden, mag de rechthebbende vooraf, via de geijkte weg, een aanvraag indienen door middel van een volledig ingevuld formulier 57 of 58.

2. Leeftijdsgrenzen

2.1. De verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd vanaf de vijftigste verjaardag van de rechthebbende. Deze leeftijdsvoorwaarde geldt eveneens voor alle bewerkingen op bestaande prothesen : de herstelling, de vervanging van de basis en de bijvoeging van één of meer tanden.

2.2. Deze leeftijdsvoorwaarde vervalt voor de rechthebbende die aan een van de volgende aandoeningen lijdt of zich in een van de volgende toestanden bevindt :

- 1) Malabsorptiesyndromen en colorectale ziekten;
- 2) Mutilerende ingre(p)(en) op het spijsverteringsstelsel;
- 3) Verlies van tanden na een osteomyelitis, een radionécrose, een chemotherapie of een behandeling met ionisatie-agens;
- 4) Extractie van tanden vóór een openhartoperatie, een orgaantransplantatie, een behandeling met ionisatie- of immunodépresse-agens;

5) Aangeboren of erfelijk ontbreken van talrijke tanden of ernstige aangeboren of erfelijke misvormingen van de kaakbeenderen of van tanden.

De aanvraag dient de elementen te bevatten die de pathologie aantonen.

Voor de gevallen vermeld in 2.2.1) tot 5) wordt de verzekeringstegemoetkoming toegekend door de adviserend geneesheer wiens akkoord aangevraagd wordt met het formulier 57.

In de gevallen bedoeld in punten 1) en 2) mag de verzekeringstegemoetkoming slechts worden toegekend voor zover de prothese een bepalende rol speelt in de behandeling van de pathologie.

2.3. Deze leeftijdsvoorwaarde vervalt voor de rechthebbende die aan een van de volgende aandoeningen lijdt of zich in een van de volgende toestanden bevindt :

- 1) Tandverlies of tandextracties ten gevolge van de onmogelijkheid voor de rechthebbende om een correcte mondhygiëne te verwerven of te behouden wegens een blijvende handicap;
- 2) Tandverlies of tandextracties ten gevolge van een onweerlegbaar bewezen uitzonderlijke pathologie of haar behandeling ervan en waarbij redelijkerwijze mag aangenomen worden dat het tandverlies of de tandextracties onvermijdbaar waren ondanks een correcte mondhygiëne;
- 3) Tandextractie die plaatsvond bij een rechthebbende voor wie een openhartoperatie, een orgaantransplantatie of een behandeling met een ionisatie-agens of een immunodépresse-agens gepland werd, doch niet uitgevoerd.

De aanvraag dient de elementen te bevatten die de pathologie aantonen.

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.

2.4. Les prothèses amovibles pour les bénéficiaires jusqu'au 12^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.

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. »

Voor de gevallen vermeld in 2.3.1) tot 3) wordt de verzekeringstegevoetkoming toegekend door de Technische tandheelkundige raad wiens akkoord aangevraagd wordt met het formulier 57 via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

2.4. De uitneembare prothesen voor de rechthebbenden tot de 12^e verjaardag worden enkel toegestaan door de Technische tandheelkundige raad op basis van de voorwaarden zoals vermeld in 2.1, 2.2 en 2.3. De Technische tandheelkundige raad bepaalt het honorarium van 378954-378965 en 378976-378980 dat gelijk is aan het honorarium vastgesteld voor identieke prothesen zoals voorzien in artikel 5, § 2.

2.5. Een afwijking van de leeftijdsgrens op grond van punt 2.2., 2.3. of 2.4 blijft verworven.

3. Termijnen

3.A. Uitneembare partiële en volledige prothesen

3.A.1. Eén enkele prothese wordt toegestaan per kaak en per tijdvak van zeven kalenderjaren. Het kalenderjaar van de plaatsing van de prothese telt als eerste van de zeven kalenderjaren.

3.A.2. De maximale tegemoetkoming voor de plaatsing van een prothese en de eventuele toevoeging van tanden wordt beperkt tot L 600 per kaak en per prothese.

3.A.3. De vernieuwingstermijn van zeven kalenderjaren vervalt in geval van groei van het kind, ingrijpende anatomische wijziging ten gevolge van een trauma, een maxillofaciale tumor en in ernst vergelijkbare gevallen op niveau van de dragende weefsels.

Deze vernieuwingstermijn vervalt eveneens voor de gevallen vermeld in 2.2.3) en 4), en 2.3.1) tot 3), voor zover de pathologie die leidde tot het verlies van de tanden pas optrad na de plaatsing van een vorige prothese.

De aanvraag dient de elementen te bevatten die de pathologie aantonen.

Voor deze uitzonderlijke gevallen wordt de verzekeringstegevoetkoming toegekend door de Technische tandheelkundige raad wiens akkoord wordt aangevraagd met het formulier 58 via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

3.A.4. Het kalenderjaar van plaatsing van een prothese voorzien onder verstrekking 378335-378346 en 308335-308346 telt als eerste van een nieuw tijdvak van zeven kalenderjaren.

3.B. Herstellingen

De maximale verzekeringstegevoetkoming voor de herstelling van een uitneembare prothese wordt beperkt tot L 61,5 per prothese en per kalenderjaar.

3.C. Vervanging van de basis

3.C.1. Per lopende periode van zeven kalenderjaren kan per kaak slechts twee maal een verzekeringstegevoetkoming voor de vervanging van de basis worden toegekend.

Het kalenderjaar waarin een vervanging van de basis plaatsvindt wordt als zevende kalenderjaar beschouwd, en de verzekeringstegevoetkoming is verschuldigd wanneer er gedurende de zes vorige kalenderjaren en het lopende kalenderjaar maximaal voor één vervanging van de basis een verzekeringstegevoetkoming verleend werd.

3.C.2. De vervanging van de basis voorzien onder de verstrekking 378350-378361 en 308350-308361 wordt toegekend in geval van groei van het kind, ingrijpende anatomische wijziging ten gevolge van een trauma, een maxillofaciale tumor en in ernst vergelijkbare gevallen op niveau van de dragende weefsels.

De vervanging van de basis voorzien onder de verstrekking 378350-378361 en 308350-308361 wordt eveneens toegekend voor de gevallen vermeld in 2.2.3) en 4), en 2.3.1) tot 3), voor zover de pathologie die leidde tot het verlies van de tanden pas optrad na de plaatsing van een vorige prothese.

De aanvraag dient de elementen te bevatten die de pathologie aantonen.

Voor deze uitzonderlijke gevallen wordt de verzekeringstegevoetkoming toegekend door de Technische tandheelkundige raad wiens akkoord wordt aangevraagd met het formulier 58 via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

3.C.3. De vervanging van de basis voorzien onder de verstrekking 378350-378361 en 308350-308361 komt niet in aanmerking bij de bepaling van het maximale aantal verzekeringstegevoetkomingen zoals voorzien in 3.C.1. »

4° Le § 16 est complété par l'alinéa suivant :

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

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

5° Au § 17 sont apportées les modifications suivantes :

a) dans l'alinéa 1^{er}, les mots « l'arrêté royal du 28 février 1963 portant règlement général de la protection de la population et des travailleurs contre le danger des radiations ionisantes. » sont remplacés par les mots « l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants. »;

b) dans l'alinéa 8, les mots « n^{os} 377112-377123, 377134-377145, » sont insérés entre les mots « les prestations » et les mots « 307112- 307123 et 307134-307145 »;

c) dans le dernier alinéa, les mots « 377090-377101, 377112-377123, 377134-377145, » sont insérés entre les mots « Les prestations n^{os} » et les mots « 307090-307101, 307112-307123 et 307134-307145 ».

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} septembre 2005.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 décembre 2005.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

4° § 16 wordt aangevuld met het volgend lid :

« In geval van lip-, kaak- en verhemeltespleet kan, in afwijking van de vorige alinea, een tweede en een derde maal de verstrekking 305675-305686 toegestaan worden door de Technische tandheelkundige raad. In deze uitzonderlijke gevallen moet, via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, bij de Technische tandheelkundige raad een aanvraag ingediend worden met een door de practicus ingevuld en ondertekend formulier 60.

Deze aanvraag, waaruit de noodzaak van een nieuw toestel blijkt, dient te bevatten: omstandige gegevens qua diagnose, historiek van de lopende behandeling, de bereikte resultaten en plan tot verdere behandeling. »

5° In § 17 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) in het eerste lid worden de woorden « koninklijk besluit van 28 februari 1963 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking en van de werknemers tegen het gevaar van ioniserende stralingen » vervangen door de woorden « koninklijk besluit van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen. »;

b) in het achtste lid worden de woorden « 377112-377123, 377134-377145, » ingevoegd tussen de woorden « de verstrekkingen nrs. » en de woorden « 307112-307123 en 307134-307145 »;

c) in het laatste lid worden de woorden « 377090-377101, 377112-377123, 377134-377145, » ingevoegd tussen de woorden « De verstrekkingen nrs. » en de woorden « 307090-307101, 307112-307123 en 307134-307145 ».

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 september 2005.

Art. 3. Onze Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 6 december 2005.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2005 — 3502

[C — 2005/22719]

6 DECEMBRE 2005. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 37, § 1^{er}, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 24 décembre 1999, 22 août 2002 et l'arrêté royal du 16 avril 1997;

Vu l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, notamment l'article 1^{er}, remplacé par l'arrêté royal du 6 mai 1996 et modifié par l'arrêté royal du 11 décembre 2001;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 25 juillet 2005;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 2 septembre 2005;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 14 octobre 2005;

Vu l'urgence motivée par le fait que le présent arrêté royal, qui réduit à zéro le montant de l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des prestations jusqu'au 12^e anniversaire, doit entrer en vigueur au même moment que l'arrêté royal insérant les prestations susvisées dans la nomenclature des prestations de santé, ainsi exécutant le projet N0506/04 de l'Accord national dento-mutualiste du 15 décembre 2004, qui doit entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2005; qu'une

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2005 — 3502

[C — 2005/22719]

6 DECEMBER 2005. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 februari 1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 37, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 24 december 1999, 22 augustus 2002 en het koninklijk besluit van 16 april 1997;

Gelet op het koninklijk besluit van 29 februari 1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen, inzonderheid op artikel 1, vervangen bij het koninklijk besluit van 6 mei 1996 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 11 december 2001;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 25 juli 2005;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 2 september 2005;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 14 oktober 2005;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling gemotiveerd door de omstandigheid dat dit besluit, dat het bedrag van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van de verstrekkingen tot de 12^{de} verjaardag, tot nul herleid, op hetzelfde tijdstip in werking moet treden als het koninklijk besluit waarbij de voormelde verstrekkingen worden opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen ter uitvoering van het voorstel N0506/04 van het