

De preventieve behandelingen geven geen recht op een bijkomend honorarium wegens urgentie.

De preventieve behandelingen mogen niet gecumuleerd worden met de raadpleging.

Het recht op verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 301394-301405, 301416-301420, 301431-301442, 301453-301464, 301475-301486, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245 wordt afhankelijk gemaakt van de voorwaarde dat op hetzelfde kwadrant en in hetzelfde kalenderjaar geen andere verstrekking van tandsteenverwijdering van de tanden het voorwerp heeft uitgemaakt van een verzekeringstegemoetkoming.»

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

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

Gegeven te Brussel, 22 november 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

Les traitements préventifs n'ouvrent pas droit au supplément pour prestations urgentes.

Les traitements préventifs ne peuvent être cumulés avec la consultation.

Le droit à l'intervention de l'assurance pour les prestations 301394-301405, 301416-301420, 301431-301442, 301453-301464, 301475-301486, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245, est également conditionné par le fait que dans le même quadrant et durant la même année civile, aucun autre détartrage des dents n'ait donné lieu à une intervention de l'assurance. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur Belge*.

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

Donné à Bruxelles, le 22 novembre 2006.

ALBERT

Par le Roi :

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 4771

[C - 2006/23144]

22 NOVEMBER 2006. — 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, 1^o gewijzigd bij 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 5, § 3, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 6 december 2005 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 5 oktober 2006, en op artikel 6, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 juni 1991, 19 december 1991, 8 augustus 1997, 29 maart 2000, 11 december 2000, 15 juni 2001, 28 februari 2002, 20 september 2002, 6 december 2005, 13 februari 2006 en 5 oktober 2006;

Gelet op de voorstellen van de Technische tandheelkundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 12 januari 2006;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 7 februari 2006;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen van 6 maart 2006;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 19 april 2006;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 22 mei 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van financiën, gegeven op 12 juli 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, van 6 september 2006;

Gelet op advies 41.342/1 van de Raad van State, gegeven op 5 oktober 2006 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, 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 5, § 3 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, ingevoegd bij het koninklijk

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 4771

[C - 2006/23144]

22 NOVEMBRE 2006. — 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, 1^o modifié par 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 5, § 3, inséré par l'arrêté royal du 6 décembre 2005 et modifié par l'arrêté royal du 5 octobre 2006 et l'article 6, modifié par les arrêtés royaux des 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 8 août 1997, 29 mars 2000, 11 décembre 2000, 15 juin 2001, 28 février 2002, 20 septembre 2002, 6 décembre 2005, 13 février 2006 et 5 octobre 2006;

Vu les propositions du Conseil technique dentaire formulées au cours de sa réunion du 12 janvier 2006;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité donné le 7 février 2006;

Vu la décision de la Commission nationale dento-mutualiste en date du 6 mars 2006;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 19 avril 2006;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 22 mai 2006;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances, donné le 12 juillet 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 6 septembre 2006;

Vu l'avis 41.342/1 du Conseil d'Etat, donné le 5 octobre 2006 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, 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 5, § 3 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, inséré par l'arrêté royal du 6 décembre 2005 et modifié par l'arrêté royal du

besluit van 6 december 2005 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 5 oktober 2006, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° De omschrijving van de verstrekking 305616-305620 wordt vervangen als volgt :

« Forfait voor regelmatige behandeling, ten hoogste twee per kalendermaand en zes per periode van zes kalendermaanden. »

2° De omschrijving van de verstrekking 305653-305664 wordt vervangen als volgt :

« Forfait voor regelmatige behandeling waarna een onderbreking van meer dan zes maanden begint. »

3° De omschrijving van de verstrekking 305712-305723 wordt vervangen als volgt :

« Forfait voor regelmatige behandeling waarna een periode van niet-vergoedbare regelmatige behandeling volgt of waarvoor de toestemming tot verzekeringstegemoetkoming nog niet werd verleend door de bevoegde instantie. »

4° De omschrijving van de verstrekking 305631-305642 wordt vervangen als volgt :

« Forfait voor apparatuur en per behandeling, bij het begin van de behandeling. »

5° De omschrijving van de verstrekking 305675-305686 wordt vervangen als volgt :

« Forfait voor apparatuur en per behandeling, na de eerste zes forfaits voor regelmatige behandeling en ten vroegste in de loop van de zesde kalendermaand van de behandeling. »

Art. 2. In artikel 6 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 juni 1991, 19 december 1991, 8 augustus 1997, 29 maart 2000, 11 december 2000, 15 juni 2001, 28 februari 2002, 20 september 2002, 6 december 2005, 13 februari 2006 en 5 oktober 2006, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 9, derde lid, worden de woorden « het document 42/43 » vervangen door de woorden « de bijlage 60 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 »

2° § 11 wordt vervangen als volgt :

« § 11. De eerste periode van zes forfaits voor regelmatige behandeling begint op de dag van de plaatsing van de apparatuur. Er mogen maximum zesendertig forfaits voor regelmatige behandeling vergoed worden.

Een getuigschrift van verstrekte hulp wordt opgesteld : ofwel na zes forfaits voor regelmatige behandeling, ofwel gedurende de zesde kalendermaand van de behandeling. Bij gebruik van de nummers 305653-305664 en 305712-305723 wordt er daarentegen onmiddellijk geattesteerd.

Het attesteren van de nummers 305653-305664 of 305896-305900 geldt als kennisgeving, door de practicus, van een onderbreking van meer dan zes maanden. De adviserend geneesheer kan aan de practicus de schriftelijke verantwoording betreffende de reden van de ingestelde onderbreking van de orthodontische behandeling vragen.

Indien uitzonderlijk de door de practicus ingestelde onderbreking van de orthodontische behandeling niet kon geattesteerd worden door middel van één van de nummers 305653-305664 of 305896-305900 wordt deze onderbreking schriftelijk gemeld aan de adviserend geneesheer vóór het einde van de zesde maand van deze onderbreking.

5 octobre 2006, sont apportées les modifications suivantes :

1° Le libellé de la prestation 305616-305620 est remplacé par la disposition suivante :

« Forfait de traitement régulier, au maximum deux par mois civil et six par période de six mois civils. »

2° Le libellé de la prestation 305653-305664 est remplacé par la disposition suivante :

« Forfait de traitement régulier après lequel survient une interruption de plus de six mois. »

3° Le libellé de la prestation 305712-305723 est remplacé par la disposition suivante :

« Forfait de traitement régulier auquel succède une période de traitement régulier non remboursable ou dont l'autorisation pour l'intervention de l'assurance n'a pas encore été accordée par l'instance compétente. »

4° Le libellé de la prestation 305631-305642 est remplacé par la disposition suivante :

« Forfait pour appareillage et par traitement, en début de traitement. »

5° Le libellé de la prestation 305675-305686 est remplacé par la disposition suivante :

« Forfait pour appareillage et par traitement, après les six premiers forfaits de traitement régulier et au plus tôt au cours du sixième mois civil de traitement. »

Art. 2. A l'article 6 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 8 août 1997, 29 mars 2000, 11 décembre 2000, 15 juin 2001, 28 février 2002, 20 septembre 2002, 6 décembre 2005, 13 février 2006 et 5 octobre 2006, sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le § 9, alinéa 3, les mots "le document 42/43" sont remplacés par les mots "l'annexe 60 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"

2° Le § 11 est remplacé par la disposition suivante :

« § 11. La première période de six forfaits de traitement régulier débute le jour du placement de l'appareillage. Un maximum de trente-six forfaits de traitement régulier peut être remboursé.

Une attestation de soins donnés est établie : soit après six forfaits de traitement régulier, soit au cours du sixième mois civil de traitement. En cas d'utilisation des numéros 305653-305664 et 305712-305723, l'attestation est toutefois établie immédiatement.

L'attestation des numéros 305653-305664 ou 305896-305900 vaut notification, par le praticien, d'une interruption de plus de six mois. Le médecin-conseil peut demander au praticien de justifier par écrit les raisons qui l'ont incité à instaurer l'interruption du traitement orthodontique.

Si exceptionnellement l'interruption du traitement orthodontique instaurée par le praticien ne pouvait pas être attestée au moyen d'un des numéros 305653-305664 ou 305896-305900, cette interruption est signalée par écrit au médecin-conseil avant la fin du sixième mois de ladite interruption.

Indien een onderbreking van meer dan zes maanden van de orthodontische behandeling niet werd voorafgegaan door de attestering van een van de nummers 305653-305664 of 305896-305900, of indien zij niet gemeld werd met toepassing van het vorige lid, wordt de verzekeringstegemoetkoming definitief stopgezet.

Het attesteren van het nummer 305712-305723 geldt als kennisgeving door de practicus, dat een door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoede regelmatige behandeling, gevolgd wordt door een door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet-vergoede regelmatige behandeling of door een regelmatige behandeling waarvoor de toestemming tot verzekeringstegemoetkoming nog niet werd verleend door de bevoegde instantie.

De verstrekkingen 305616-305620, 305653-305664, 305712-305723, 305852-305863 en 305896-305900 mogen niet op de zelfde dag geattesteerd worden. »

3° § 12 wordt vervangen als volgt :

« § 12. In zeer ernstige gevallen kan de verlenging van een orthodontische behandeling verantwoord zijn na het zesendertigste forfait voor regelmatige behandeling. Deze uitzonderlijke tegemoetkoming van de verzekering is pas verschuldigd na voorafgaande instemming van de Technische tandheelkundige raad die het aantal forfaits voor regelmatige behandeling voor die verlenging bepaalt.

Deze uitzonderlijke verlenging kan toegekend worden voor cranio-faciale dysplasieën, lip-, kaak- en verhemeltespleet, multiple tandagenesieën en in ernst vergelijkbare aandoeningen. »

4° § 13 wordt vervangen als volgt :

« § 13. De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor verlenging van orthodontische behandeling wordt ingediend ten laatste tijdens de derde kalendermaand volgend op die waarin het laatste van de toegestane forfaits voor regelmatige behandeling werd geattesteerd. Ze wordt door middel van een reglementair formulier (bijlage 60), ingevuld en ondertekend door de practicus, ingediend bij de adviseerend geneesheer van de verzekeringsinstelling, gelast met het doorsturen ervan naar de Technische tandheelkundige raad.

Zij wordt verantwoord door het op bovenbedoeld formulier vermeld verslag, en wordt samengevoegd met het getuigschrift van verstrekte hulp waarop het laatste toegestane forfait voor regelmatige behandeling wordt geattesteerd onder het nummer 305712-305723.

De Technische tandheelkundige raad mag eisen dat onder andere studiemodellen worden bezorgd.

De verzekeringstegemoetkoming voor verlenging van orthodontische behandeling is ten vroegste verschuldigd vanaf de eerste maand die volgt op de datum van het laatste toegestane forfait voor regelmatige behandeling. In geval van laattijdig indienen, kan de Technische tandheelkundige raad beslissen het toegestane aantal bijkomende forfaits voor regelmatige behandeling te verminderen in verhouding tot het aantal maanden vertraging geregistreerd bij het indienen van de aanvraag, waarbij elke begonnen maand beschouwd wordt als een volledige maand vertraging. »

5° § 15 wordt vervangen als volgt :

« § 15. Er is geen tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering voor vervanging of herstelling van de apparatuur beoogd onder de nummers 305631-305642 en 305675-305686 in geval van verlies, breuk of beschadiging. »

Art. 3. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de tweede maand na die waarin het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 november 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

Si une interruption de plus de six mois du traitement orthodontique n'a pas été précédée par l'attestation d'un des numéros 305653-305664 ou 305896-305900, ou si elle n'a pas été notifiée en application de l'alinéa précédent, l'intervention de l'assurance cesse définitivement.

L'attestation du numéro 305712-305723 vaut notification, par le praticien, qu'un traitement régulier remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est suivi d'un traitement régulier non remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou dont l'autorisation d'intervention de l'assurance n'a pas encore été accordée par l'instance compétente.

Les prestations 305616-305620, 305653-305664, 305712-305723, 305852-305863 et 305896-305900 ne peuvent pas être attestées le même jour. »

3° Le § 12 est remplacé par la disposition suivante :

« § 12. Dans des cas très graves, la prolongation d'un traitement orthodontique peut se justifier après le trente-sixième forfait de traitement régulier. Cette intervention exceptionnelle de l'assurance n'est due qu'après l'accord préalable donné par le Conseil technique dentaire qui détermine le nombre de forfaits de traitement régulier de cette prolongation.

Cette prolongation exceptionnelle peut être octroyée pour les dysplasies crânio-faciales, les fentes labio-alvéopalatines, les agénésies dentaires multiples et les affections comparables en gravité. »

4° Le § 13 est remplacé par la disposition suivante :

« § 13. La demande d'intervention de l'assurance pour prolongation de traitement orthodontique est introduite au plus tard dans le courant du troisième mois civil suivant celui au cours duquel a été attesté le dernier forfait de traitement régulier autorisé. Elle est introduite, au moyen d'un formulaire réglementaire (annexe 60) complété et signé par le praticien, auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur chargé de la transmettre au Conseil technique dentaire.

Elle est justifiée par le rapport, mentionné sur le formulaire susvisé et est jointe à l'attestation de soins donnés sur laquelle le dernier forfait de traitement régulier autorisé est attesté sous le numéro 305712-305723.

Le Conseil technique dentaire peut exiger entre autres la communication de modèles d'étude.

L'intervention de l'assurance pour prolongation de traitement orthodontique est due au plus tôt à partir du premier mois qui suit la date du dernier forfait de traitement régulier autorisé. En cas d'introduction tardive, le Conseil technique dentaire peut décider de réduire le nombre de forfaits de traitement régulier supplémentaires accordé en proportion du nombre de mois de retard enregistré dans l'introduction de la demande, tout mois entamé étant considéré comme mois entier de retard. »

5° Le § 15 est remplacé par la disposition suivante :

« § 15. Il n'y a pas d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour le remplacement ou la réparation de l'appareillage visé sous les numéros 305631-305642 et 305675-305686 consécutif à la perte, au bris ou à la détérioration. »

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 novembre 2006.

ALBERT

Par le Roi :

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