

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2007 — 93

[C — 2006/23322]

20 NOVEMBRE 2006. — Règlement modifiant le 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

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu le 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, notamment les articles 23 et 24, modifiés par le règlement du 31 janvier 2005;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 20 novembre 2006,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 23 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, coordonné le 14 juillet 1994, modifié par le règlement du 31 janvier 2005, sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le § 1^{er} les mots « article 5, A, I et II » sont remplacés par les mots « article 5, § 2, A »;

2° Dans le § 2 les mots « article 5, A, I et II » sont remplacés par les mots « article 5, § 2, A »;

3° Dans le § 3, alinéa 2, les mots « et 2.4, » sont insérés entre les mots « l'article 6, § 5, 2.3 » et les mots « de la nomenclature »;

4° Le § 4 est remplacé comme suit :

« § 4. L'intervention de l'assurance pour le renouvellement anticipé d'une prothèse amovible qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé, dans le cas des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 3.A.3, est soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire. L'intervention de l'assurance pour le remplacement de la base si durant les six années civiles précédentes et l'année civile en cours deux remplacements ont déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé dans le cas des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 3.C.2, est également soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire.

Toute demande est adressée au Conseil technique dentaire, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur, au moyen du formulaire complété et signé par le praticien et dont le modèle figure à l'annexe 58.

La demande relative aux prestations 308335-308346 et 378335-378346 est accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 56. »

Art. 2. A l'article 24 du même règlement sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le § 1^{er}, alinéa 2, les mots « du formulaire prévu à l'annexe 61 » sont remplacés par les mots « des formulaires prévus aux annexes 60 et 61 »;

2° Le § 1^{er} est complété par l'alinéa suivant :

« En cas de fentes labio-alvéopalatines, la demande d'intervention de l'assurance pour une deuxième et troisième fois la prestation 305675-305686 est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen du formulaire prévu à l'annexe 60 et via le médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire au moyen des formulaires prévus aux annexes 60 et 61. »;

3° Dans le § 2, les mots « 301556 et 301571 » sont remplacés par les mots « 301556, 301571, 371556 et 371571 ».

Art. 3. Les annexes 56, 57, 58, 60 et 61 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 sont remplacées par les annexes 56, 57, 58, 60 et 61 jointes en annexe.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2007 — 93

[C — 2006/23322]

20 NOVEMBER 2006. — Verordening tot wijziging van 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

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op 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, inzonderheid op de artikelen 23 en 24, gewijzigd bij de verordening van 31 januari 2005;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 20 november 2006,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 23 van 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, gewijzigd bij de verordening van 31 januari 2005, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1 worden de woorden « artikel 5, A, I en II » vervangen door de woorden « artikel 5, § 2, A »;

2° in § 2 worden de woorden « artikel 5, A, I en II » vervangen door de woorden « artikel 5, § 2, A »;

3° in § 3, tweede lid worden de woorden « en 2.4, » ingevoegd tussen de woorden « artikel 6, § 5, 2.3 » en de woorden « van de nomenclatuur »;

4° § 4 wordt vervangen als volgt :

« § 4. De verzekeringstegemoetkoming voor het vervroegd vernieuwen van een uitneembare prothese die reeds het voorwerp is geweest van een tegemoetkoming door de verzekering voor geneeskundige verzorging, in geval van de afwijkingen vermeld in artikel 6, § 5, 3.A.3, is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de Technische tandheelkundige raad. De verzekeringstegemoetkoming voor de vervanging van de basis, wanneer er gedurende de zes vorige kalenderjaren en het lopende kalenderjaar reeds 2 vervangingen het voorwerp zijn geweest van een tegemoetkoming door de verzekering voor geneeskundige verzorging, in geval van de afwijkingen vermeld in artikel 6, § 5, 3.C.2, is eveneens afhankelijk van de voorafgaande toestemming van de Technische tandheelkundige raad.

Elke aanvraag wordt, via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, met het door de practicus ingevulde en ondertekende formulier dat is vervat in de bijlage 58, aan de Technische tandheelkundige raad overgemaakt.

De aanvraag betreffende de verstrekkingen 308335-308346 en 378335-378346 wordt vergezeld van het behoorlijk ingevuld formulier waarvan het model als bijlage 56 gaat. »

Art. 2. In artikel 24 van dezelfde verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1, tweede lid, worden de woorden « het formulier, voorzien in de bijlage 61 » vervangen door de woorden « de formulieren, voorzien in de bijlagen 60 en 61 »;

2° § 1 wordt aangevuld met het volgende lid :

« De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor een tweede en een derde maal de verstrekking 305675-305686, in geval van lip-, kaak- en verhemeltespleet, wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 60 en wordt, via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, bij de Technische tandheelkundige raad ingediend met de formulieren, voorzien in bijlagen 60 en 61. »;

3° in § 2 worden de woorden « 301556 en 301571 » vervangen door de woorden « 301556, 301571, 371556 en 371571 ».

Art. 3. De bijlagen 56, 57, 58, 60 en 61 van 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, worden vervangen door de in bijlage gevoegde bijlagen 56, 57, 58, 60 en 61.

Art. 4. Le présent arrêté produit ses effets à partir du 1^{er} septembre 2005.

Bruxelles, 20 novembre 2006.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. De Ridder.

Le Président,
G. Perl.

Art. 4. Dit besluit heeft uitwerking vanaf 1 september 2005.

Brussel, 20 november 2006.

De Leidend Ambtenaar,
H. De Ridder.

De Voorzitter,
G. Perl.

Annexe 56

**FORMULAIRE ANNEXE A L'ATTESTATION DE SOINS DONNES POUR PROTHESE(S)
PARTIELLE(S) DE 1 A 13 DENTS ET POUR PROTHESE(S) TOTALE(S)**

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE : Nom et prénom
Adresse
Organisme assureur
N° d'inscription à l'organisme assureur

A remplir par le praticien :

PATIENT : Nom, prénom
Date de naissance

PROTHESES PARTIELLES			
A partir de 50 ans et en cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans.			
Prothèse(s)	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
	Nombre de dents	Ambulant	Hospitalisé
1	Supérieure	307731	307742
	Inférieure	307753	307764
2	Supérieure	307775	307786
	Inférieure	307790	307801
3	Supérieure	307812	307823
	Inférieure	307834	307845
4	Supérieure	307856	307860
	Inférieure	307871	307882
5	Supérieure	307893	307904
	Inférieure	307915	307926
6	Supérieure	307930	307941
	Inférieure	307952	307963
7	Supérieure	307974	307985
	Inférieure	307996	308000
8	Supérieure	308011	308022
	Inférieure	308033	308044
9	Supérieure	308055	308066
	Inférieure	308070	308081
10	Supérieure	308092	308103
	Inférieure	308114	308125
11	Supérieure	308136	308140
	Inférieure	308151	308162
12	Supérieure	306832	306843
	Inférieure	306854	306865
13	Supérieure	306876	306880
	Inférieure	306891	306902

Jusqu'à 12 ^e anniversaire, en cas de dérogation à la limite d'âge			
Prothèse(s)	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
	Nombre de dents	Ambulant	Hospitalisé
	Supérieure	378954	378965
	Inférieure	378976	378980

PROTHESES TOTALES			
A partir de 50 ans et en cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans.			
Prothèse(s) totale	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
	Ambulant		Hospitalisé
	Supérieure	306913	306924
Inférieure	306935	306946	

Jusqu'à 12 ^e anniversaire, en cas de dérogation à la limite d'âge			
Prothèse(s) totale	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
	Ambulant		Hospitalisé
	Supérieure	378954	378965
Inférieure	378976	378980	

(1) entourer les mentions utiles

Etapes (*) - (**)	Dates
Empreintes préliminaires
Empreintes secondaires
Prise de l'occlusion
Essai
Placement
Contrôle

(*) Le placement et le contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour.

(**) - Les prothèses partielles de 1 à 11 dents doivent être réalisées en 5 étapes minimum au cours de 4 séances distinctes.
- Les prothèses partielles de 12 et 13 dents et les prothèses totales doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes

PRATICIEN

Nom, prénom, adresse :
N° d'identification à l'INAMI :
Date :
(signature)

Vu pour être annexé au Règlement du 20 novembre 2006 modifiant le 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.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER.

Le Président,
G. PERL.

Annexe 57

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE EN CAS
DE DEROGATIONS AUX LIMITES D'AGE DE 50 ANS.**

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette:

BENEFICIAIRE: Nom et prénom
 Adresse
 Organisme assureur
 Numéro d'identification sécurité sociale

A remplir par le praticien:

PATIENT: Nom, prénom:
 Date de naissance:

L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 - 2.2 ou 2.4 (1) (2).		L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 - 2.3 ou 2.4 (1) (2).	
<input type="checkbox"/>	1) Syndromes de malabsorption et maladies colorectales	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	2) Intervention(s) mutilante(s) du système digestif		
<input type="checkbox"/>	3) Perte de dents consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie ou un traitement par agent ionisant	<input type="checkbox"/>	2) Perte ou extraction de dents à la suite d'une pathologie exceptionnelle irréfutablement démontrée ou du 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
<input type="checkbox"/>	4) Extraction de dents préalable à une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur		
<input type="checkbox"/>	5) Absence congénitale ou héréditaire de multiples dents ou malformations congénitales ou héréditaires sévères des maxillaires ou de dents	<input type="checkbox"/>	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

- (1) Cocher la demande et joindre obligatoirement les renseignements médicaux justificatifs.
 (2) Les conditions de l'article 6, § 5, 2.4 de la nomenclature sont uniquement applicables pour les patients n'ayant pas encore atteint l'âge de douze ans. De telles demandes doivent toujours être soumises à l'approbation du Conseil technique dentaire.

Indication de(s) prothèse(s) à placer/placée(s)			
PROTHESE(S)		NUMERO(S) DE CODE DE LA NOMENCLATURE	
NOMBRE DE DENTS (*)	SUPERIEURE	AMBULANT	HOSPITALISE
	INFERIEURE		

PRATICIEN

Date:

Nom, prénom, adresse:

Numéro d'identification à l'I.N.A.M.I.:

(Signature)

Nombre de documents ajoutés:

(*) Uniquement à remplir en cas de placement d'une prothèse partielle chez les - de 12 ans.

Verso de l'annexe 57 (suite)

DEMANDE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 6, § 5, 2.2.

Décision du médecin conseil

Je soussigné déclare - autoriser (1) - ne pas autoriser (1) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s) de code de la nomenclature

Motivation en cas de refus

.....

Date: Nom et signature:

Décision de l'organisme assureur

Compte tenu d'intervention(s) antérieure(s) éventuelle(s), le(s) montant(s) dû(s) par l'organisme assureur pour la/les prothèse(s) visée(s) ci-dessus est/sont actuellement fixé(s) à E
 (mentionner les deux montants selon le cas).

Date Signature du délégué et cachet de l'organisme assureur.

DEMANDE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 6, § 5, 2.3 ou 2.4.

Transmis par l'organisme assureur au Conseil technique dentaire le

Signature du délégué et cachet de l'organisme assureur.

Décision du Conseil technique dentaire

Le Conseil technique déclare - autoriser (1) - ne pas autoriser (1) (2) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s) de code de la nomenclature

Date: Pour le Conseil technique dentaire

Le Secrétaire

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Motivation en cas de refus en annexe.

Vu pour être annexé au Règlement du 20 novembre 2006 modifiant le 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.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER.

Le Président,

G. PERL.

Annexe 58

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR:

- (1) Renouvellement anticipé d'une prothèse qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.
- (1) Remplacement de la base si durant les six années civiles précédentes et l'année civile en cours deux remplacements ont déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé

L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 – 3.A.3 of 3.C.2 (1)		
<input type="checkbox"/>	1)	Croissance de l'enfant
<input type="checkbox"/>	2)	Modification anatomique sévère consécutive à un traumatisme, une tumeur maxillo-faciale et des affections comparables en gravité au niveau des structures porteuses.
<input type="checkbox"/>	3)	Perte de dents consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie ou un traitement par agent ionisant
<input type="checkbox"/>	4)	Extraction de dents préalable à une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur
<input type="checkbox"/>	5)	Perte ou extraction de dents résultant de l'impossibilité pour le bénéficiaire d'acquérir ou de conserver une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant
<input type="checkbox"/>	6)	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
<input type="checkbox"/>	7)	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

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette:

BENEFICIAIRE: Nom et prénom
 Adresse
 Organisme assureur
 Numéro d'identification sécurité sociale

A remplir par le praticien:

1. PATIENT: Nom, prénom
 Date de naissance

2. RENOUELEMENT ANTICIPE D'UNE PROTHESE DE..... dent(s)

3. REBASAGE EFFECTUE SUR UNE PROTHESE DE..... dent(s)

4. NATURE DE L'AFFECTION OU DES LESIONS: (description précise et détaillée)

.....

- 5. - Date du placement de la prothèse:
- Date du rebasage de la prothèse:

Praticien Date:
 Nom, prénom, adresse
 Numéro d'identification
 (Signature)

Remarque: S'il n'est pas donné une réponse complète à toutes les rubriques concernées, ou si le formulaire n'a pas été rempli lisiblement, le dossier sera renvoyé à l'organisme assureur faute de renseignements suffisants ou en raison du manque de clarté.

- (1) Cocher la demande.

Annexe 58 (suite)

A remplir par l'organisme assureur

Date(s) de(s) prothèse(s) antérieurement remboursée(s)	Numéro de la nomenclature
1.	1.
2.	2.

Date(s) de(s) rebasage(s) antérieurement remboursé(s)	Numéro de la nomenclature
1.	1.
2.	2.

Le délégué de l'organisme assureur:
(Signature)

Sceau ou cachet de l'O.A.

Décision du Conseil technique dentaire

Motivation du refus

Vu pour être annexé au Règlement du 20 novembre 2006 modifiant le 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.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER.

Le Président,
G. PERL.

Annexe 60

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette:

BENEFICIAIRE: *Nom et prénom:*
Adresse:
Organisme assureur:
Numéro d'identification sécurité sociale:

A remplir par le praticien:

PATIENT(E): *Nom et prénom:*
Date de naissance:

IMPORTANT - les points 1 à 6 doivent obligatoirement être complétés

1. Il s'agit de:
 - DEMANDE D'INTERVENTION**
 (compétence du médecin-conseil ou du Conseil technique dentaire en dérogation à la limite d'âge)
 - DEMANDE DE CONTINUATION LORSQUE MOINS DE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE INITIALEMENT AUTORISEES**
 (compétence du médecin-conseil)
 - DEMANDE DE PROLONGATION LORSQUE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE AUTORISEES ET EFFECTUEES**
 (compétence du Conseil technique dentaire)
 - DEMANDE D'INDEMNISATION SUPPLÉMENTAIRE POUR NOUVEL APPAREILLAGE EN CAS DE FENTES LABIO-ALVÉOPALATINES**
 (compétence du Conseil technique dentaire)

2. En cas de CONTINUATION ou de PROLONGATION de traitement:
 Traitement effectué du au Nombre de prestations 305616-305620 attestées:
 Le traitement a-t-il été suivi régulièrement ? OUI/NON (*)
 Au cas où le traitement a été interrompu, est-ce avec l'autorisation du praticien ? OUI/NON (*)
 Période d'interruption: du au Motif de l'interruption:

3. DESCRIPTION détaillée de la DYSMORPHOSE INITIALE ou, en cas de continuation, de prolongation ou indemnisation supplémentaire pour nouvel appareillage, des RESULTATS OBTENUS et de L'ETAT ACTUEL DE LA DYSMORPHOSE:

4. PLAN DE TRAITEMENT:

5. DUREE DEMANDEE: NOMBRE DE PRESTATIONS 305616-305620:

6. Les dents définitives: ne sont pas cariées (*) / sont cariées (*) / ont été soignées (*)

PRATICIEN: *Nom et prénom:*
Adresse:
 Numéro d'identification à l'I.N.A.M.I. (cachet):
Date:
 Signature:

Décision du médecin-conseil:
 Accord pour..... x le forfait mensuel 305616-305620 à partir du Refus:.....
Motivation en cas de refus ou de limitation des prestations demandées:

Date: Transmission de la demande
 Signature: au Conseil technique dentaire
 Identification du médecin-conseil (cachet):
 (*) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au Règlement du 20 novembre 2006 modifiant le 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.

Le Fonctionnaire dirigeant,
 H. DE RIDDER.

Le Président,
 G. PERL.

Annexe 61

ANNEXE A LA DEMANDE DE PROLONGATION ET A LA DEMANDE D'INDEMNISATION SUPPLÉMENTAIRE POUR NOUVEL APPAREILLAGE

A remplir par l'organisme assureur et à ajouter à chaque demande de prolongation et chaque demande d'indemnisation supplémentaire pour nouvel appareillage adressée au Conseil technique dentaire

BENEFICIAIRE	Nom et prénom: Adresse: Organisme assureur: Numéro d'identification sécurité sociale:
--------------	--

Remboursements effectués:

Prestations 305616-305620 pour les périodes suivantes: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre:	Prestations 305852-305863 du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre: du au nombre:
--	---

Prestation 305675-305686:	Prestation 305653-305664:	Prestation 305712-305723:	Prestation 305896-305900:
Date:	Date:	Date:	Date:
Date:	Date:	Date:	Date:
Date:	Date:	Date:	Date:

Note à l'attention de l'O.A.:

A joindre:

- 1) copie de la demande initiale et de l'éventuelle demande de continuation;
- 2) en cas d'interruption du traitement, une copie des pièces justificatives visées par le médecin-conseil.

Vu pour être annexé au Règlement du 20 novembre 2006 modifiant le 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.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER.

Le Président,
G. PERL.

Bijlage 56

FORMULIER DAT ALS BIJLAGE GAAT BIJ HET GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP VOOR
PARTIËLE PROTHESE(N) VAN 1 TOT 13 TANDEN EN DE VOLLEDIGE PROTHESE(N)

In te vullen door de rechthebbende of kleefzegel aanbrengen:

RECHTHEBBENDE: Naam en voornaam

Adres

Verzekeringsinstelling

Inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling

In te vullen door de practicus:

PATIENT: Naam, Voornaam

Geboortedatum

PARTIËLE PROTHESEN			
Vanaf 50 jaar en in geval van afwijking van deze leeftijdsgrens			
Prothese(n)	Nomenclatuurnummers (1)		
	Aantal tanden	Ambulant	Gehospitaliseerd
1	Boven	307731	307742
	Onder	307753	307764
2	Boven	307775	307786
	Onder	307790	307801
3	Boven	307812	307823
	Onder	307834	307845
4	Boven	307856	307860
	Onder	307871	307882
5	Boven	307893	307904
	Onder	307915	307926
6	Boven	307930	307941
	Onder	307952	307963
7	Boven	307974	307985
	Onder	307996	308000
8	Boven	308011	308022
	Onder	308033	308044
9	Boven	308055	308066
	Onder	308070	308081
10	Boven	308092	308103
	Onder	308114	308125
11	Boven	308136	308140
	Onder	308151	308162
12	Boven	306832	306843
	Onder	306854	306865
13	Boven	306876	306880
	Onder	306891	306902

Tot de 12 ^{de} verjaardag, in afwijking van de leeftijdsgrens			
Prothese(n)	Nomenclatuurnummers (1)		
	Aantal tanden	Ambulant	Gehospitaliseerd
	Boven	378954	378965
	Onder	378976	378980

VOLLEDIGE PROTHESEN			
Vanaf 50 jaar en in geval van afwijking van deze leeftijdsgrens			
Volledige prothese(n)	Nomenclatuurnummers (1)		
		Ambulant	Gehospitaliseerd
		Boven	306913
Onder	306935	306946	

Tot de 12 ^{de} verjaardag, in afwijking van de leeftijdsgrens			
Volledige prothese(n)	Nomenclatuurnummers (1)		
		Ambulant	Gehospitaliseerd
		Boven	378954
Onder	378976	378980	

(1) Omringen wat past

Fasen (*) - (**)	<u>Data</u>
Standaardafdruk
Individuele afdruk
Beetrelatiebepaling
Pas
Plaatsing
Controle

(*) Plaatsing en controle mogen niet op dezelfde dag worden uitgevoerd.

(**) - Partiële prothesen van 1 tot 11 tanden moeten worden vervaardigd in minimum 5 fasen tijdens 4 verschillende zittingen..

- Partiële prothesen van 12 en 13 tanden en volledige prothesen moeten worden vervaardigd in minimum 6 fasen tijdens ten minste 5 verschillende zittingen.

PRACTICUS

Datum:

Naam, voornaam, adres:

Identificatienummer bij het RIZIV : (handtekening)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 november 2006 tot wijziging van 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.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER.De Voorzitter,
G. PERL.

Bijlage 57

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE
VERZORGING IN AFWIJKING OP DE LEEFTIJDGRENZEN VAN 50 JAAR.**

In te vullen door de rechthebbende of kleefzegel aanbrengen:

RECHTHEBBENDE Naam en voornaam
 Adres
 Verzekeringsinstelling
 Identificatienummer sociale zekerheid

In te vullen door de practicus:

PATIENT Naam, voornaam
 Geboortedatum

Betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden gesteld in artikel 6, § 5 – 2.2 of 2.4 (1) (2)			Betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden gesteld in artikel 6, § 5 – 2.3 of 2.4 (1) (2)		
<input type="checkbox"/>	1)	Malabsorptiesyndroom en colorectale ziekten	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	2)	Mutulerende ingre(e)p(en) op het spijsverteringsstelsel	<input type="checkbox"/>	2)	Tandverlies of tandextracties ten gevolge van een onweerlegbaar bewezen uitzonderlijke pathologie of de behandeling ervan en waarbij redelijkerwijze mag aangenomen worden dat het tandverlies of de tandextracties onvermijdbaar waren ondanks een correcte mondhygiëne
<input type="checkbox"/>	3)	Verlies van tanden na een osteomyelitis, een radionecrose, een chemotherapie of een behandeling met ionisatie-agens	<input type="checkbox"/>	3)	Tandextractie die plaatsvond bij een rechthebbende voor wie een openhartoperatie, een orgaantransplantatie of een behandeling met een ionisatie-agens of een immunodepressie-agens gepland werd, doch niet uitgevoerd
<input type="checkbox"/>	4)	Extractie van tanden vóór een openhartoperatie, een orgaantransplantatie, een behandeling met ionisatie- of immunodepressie-agens			
<input type="checkbox"/>	5)	Aangeboren of erfelijk ontbreken van talrijke tanden of ernstige aangeboren of erfelijke misvormingen van de kaakbeenderen of van tanden			

(1) Het gevraagde aankruisen en de geneeskundige verantwoordingsgegevens verplicht bijvoegen.

(2) De voorwaarden uit artikel 6, § 5, 2.4 van de nomenclatuur zijn enkel van toepassing voor patiënten die de leeftijd van 12 jaar nog niet hebben bereikt. Dergelijke aanvragen dienen steeds te worden onderworpen aan de goedkeuring van de Technische tandheelkundige raad.

Aanduiding van de te plaatsen/geplaatste prothese(n)			
PROTHESE(N)		NOMENCLATUURNUMMERS	
AANTAL TANDEN (*)		AMBULANT	GEHOSPITALISEERD
	BOVEN		
	ONDER		

PRACTICUS

Datum:

Naam, voornaam, adres

(handtekening)

Identificatienummer bij het RIZIV:

Aantal bijgevoegde documenten:

(*) Enkel in te vullen bij het plaatsen van partiële prothesen voor – 12 jaren.

Bijlage 57 (vervolg)

AANVRAAG IN HET KADER VAN ARTIKEL 6, § 5, 2.2

Beslissing van de adviserend geneesheer

Ondergetekende verklaart – toestemming (1) – geen toestemming (1) te verlenen voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging van prothese(n) met nomenclatuurnummer(s)

Motivering in geval van weigering

.....

Datum Naam en handtekening:

Beslissing van de verzekeringsinstelling

Rekening houdende met eventuele vroegere tegemoetkoming(en) wordt het door de verzekeringsinstelling voor de hiervoren/hierna bedoelde prothese(n) verschuldigd bedrag(en) thans vastgesteld op € (naargelang het geval beide bedragen vermelden).

Datum: Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de verzekeringsinstelling.

AANVRAAG IN HET KADER VAN ARTIKEL 6, § 5, 2.3 of 2.4

Doorgezonden door de verzekeringsinstelling naar de Technische tandheelkundige raad op
 Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de verzekeringsinstelling.

Beslissing van de Technische tandheelkundige raad

De Technische tandheelkundige raad verklaart – toestemming (1) – geen toestemming (1) (2) te verlenen voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging van prothese(n) met nomenclatuurnummer(s)

Datum: Voor de Technische tandheelkundige raad

De Secretaris.

- (1) Schrappen wat niet past.
- (2) Motivering van de weigering in bijlage.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 november 2006 tot wijziging van 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.

De Leidend Ambtenaar,
 H. DE RIDDER.

De Voorzitter,
 G. PERL.

Bijlage 58

AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VOOR:

- (1) Vervroegd vernieuwen van een uitneembare prothese die reeds het voorwerp is geweest van een tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
- (1) Vervanging van de basis, wanneer er gedurende de zes vorige kalenderjaren en het lopende kalenderjaar reeds 2 vervangingen het voorwerp zijn geweest van een tegemoetkoming door de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden gesteld in artikel 6, § 5 – 3.A.3 of 3.C.2 (1)		
<input type="checkbox"/>	1)	Groei van het kind
<input type="checkbox"/>	2)	Ingrijpende anatomische wijziging ten gevolge van een trauma, een maxillofaciale tumor en in ernst vergelijkbare gevallen op niveau van de dragende weefsels
<input type="checkbox"/>	3)	Verlies van tanden na een osteomyelitis, een radionecrose, een chemotherapie of een behandeling met ionisatie-agens
<input type="checkbox"/>	4)	Extractie van tanden vóór een openhartoperatie, een orgaantransplantatie, een behandeling met ionisatie- of immunodepressie-agens
<input type="checkbox"/>	5)	Tandverlies of tandextracties ten gevolge van de onmogelijkheid voor de rechthebbende om een correcte mondhygiëne te verwerven of te behouden wegens een blijvende handicap
<input type="checkbox"/>	6)	Tandverlies of tandextracties ten gevolge van een onweerlegbaar bewezen uitzonderlijke pathologie of de behandeling ervan en waarbij redelijkerwijze mag aangenomen worden dat het tandverlies of de tandextracties onvermijdbaar waren ondanks een correcte mondhygiëne
<input type="checkbox"/>	7)	Tandextractie die plaatsvond bij een rechthebbende voor wie een openhartoperatie, een orgaantransplantatie of een behandeling met een ionisatie of een immunodepressie-agens gepland werd, doch niet uitgevoerd

In te vullen door de rechthebbende of kleefzegel aanbrengen:

RECHTHEBBENDE: Naam, voornaam.....
 Adres.....
 Verzekeringsinstelling.....
 Identificatienummer sociale zekerheid.....

In te vullen door de practicus:

1. PATIENT: Naam, voornaam.....
 Geboortedatum.....
2. VERVROEGD Vernieuwde prothese van tand(en)
3. Vervangen van de basis op een prothese van..... tand(en)
4. AARD VAN DE AANDOENING OF VAN DE LETSELS: (nauwkeurige en uitvoerige beschrijving)

.....

5. - Datum van de plaatsing van de prothese:
 - Datum van de vervanging van de basis van de prothese:

Practicus Datum:.....
 Naam, voornaam, adres.....
 Identificatienummer..... (Handtekening)

Opmerking: Als niet alle betrokken rubrieken zijn ingevuld of als het formulier niet leesbaar is ingevuld zal het dossier, omdat gegevens ontbreken of omdat het onduidelijk is, naar de Verzekeringsinstelling worden teruggestuurd.

- (1) Het gevraagde aankruisen.

Bijlage 58 (vervolg)

Door de verzekeringsinstelling in te vullen

Datum(s) van eerder vergoede prothese(s)	Nomenclatuurnummer
1.	1.
2.	2.

Datum(s) van eerder vergoede vervanging(en) van de basis	Nomenclatuurnummer
1.	1.
2.	2.

De afgevaardigde van de Verzekeringsinstelling:
(Handtekening)

Zegel of stempel van de V.I.

Beslissing van de Technische tandheelkundige raad

Motivering van de weigering

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 november 2006 tot wijziging van 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.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER.De Voorzitter,
G. PERL.

Bijlage 60

AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VOOR
ORTHODONTISCHE BEHANDELING

In te vullen door de rechthebbende of kleefstrookje aanbrengen:

RECHTHEBBENDE: Naam en voornaam:
Adres:
Verzekeringsinstelling:
Identificatienummer sociale zekerheid:

In te vullen door de praktiserende:

PATIENT: Naam en voornaam:
Geboortedatum:

BELANGRIJK – De punten 1 tot 6 moeten verplicht ingevuld worden.

1. Het gaat om:
- AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING**
(bevoegdheid van de adviserend geneesheer of de Technische tandheelkundige raad in afwijking op de leeftijdsgrens)
 - AANVRAAG OM VOORTZETTING ALS AANVANKELIJK MINDER DAN 36 VERSTREKKINGEN 305616-305620 ZIJN TOEGESTAAN**
(bevoegdheid van de adviserend geneesheer)
 - AANVRAAG OM VERLENGING ALS 36 VERSTREKKINGEN 305616-305620 ZIJN TOEGESTAAN EN UITGEVOERD**
(bevoegdheid van de Technische tandheelkundige raad)
 - AANVRAAG OM BIJKOMENDE VERGOEDING VOOR NIEUWE APPARATUUR IN GEVAL VAN LIP-, KAAK- en VERHEMELTESPLEET, VERSTREKKING 305675-305686**
(bevoegdheid van de Technische tandheelkundige raad)
2. In geval van VOORTZETTING of VERLENGING van behandeling:
Behandeling verricht van tot Aantal geattesteerde verstrekkingen 305616-305620:
Werd de behandeling regelmatig gevolgd? JA/NEEN (*)
Indien de behandeling werd onderbroken, was dat dan met de toestemming van de praktiserende? JA/NEEN (*)
Onderbrekingsperiode: van tot Reden van de onderbreking:

3. Gedetailleerde BESCHRIJVING van de AANVANKELIJKE DYSMORFOSE of,
in geval van voortzetting, verlenging of bijkomende vergoeding voor nieuwe apparatuur, van de verkregen RESULTATEN en van de HUIDIGE TOESTAND VAN DE DYSMORFOSE:
.....
.....
.....

4. **BEHANDELINGSPLAN:**
.....
.....

5. GEVRAAGDE DUUR: AANTAL VERSTREKKINGEN 305616-305620:

6. De blijvende tanden zijn zonder cariës (*) / met cariës (*) / verzorgd (*)

PRAKTISERENDE: Naam en voornaam:
Adres:
Inschrijvingsnummer bij het R.I.Z.I.V. (stempel)
Datum:
Handtekening:

Beslissing van de adviserend geneesheer:

- Akkoord voor x het maandelijks forfait 305616-305620 vanaf Geweigerd:

Motivering bij weigering of beperking van de gevraagde verstrekkingen:
.....
.....
.....

Datum:
Handtekening:
Identificatie van de adviserend geneesheer (stempel):

- Doorsturen van de aanvraag
naar de Technische tandheelkundige raad

(*) Schrappen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 november 2006 tot wijziging van 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.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER.

De Voorzitter,
G. PERL.

Bijlage 61

BIJVOEGSEL AAN DE AANVRAAG OM VERLENGING EN DE AANVRAAG OM BIJKOMENDE VERGOEDING VOOR NIEUWE APPARATUUR

In te vullen door de verzekeringsinstelling en toe te voegen bij elke aanvraag om verlenging en elke aanvraag om bijkomende vergoeding voor nieuwe apparatuur, gericht aan de Technische tandheelkundige raad

RECHTHEBBENDE	Naam en voornaam:
	Adres:
	Verzekeringinstelling:
	Identificatienummer sociale zekerheid:

Verleende vergoedingen:

Verstrekkingsnummers 305616-305620 voor de volgende perioden:			Verstrekkingsnummers 305852-305863		
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:
van	tot	aantal:	van	tot	aantal:

Verstrekking 305675-305686:	Verstrekking 305653-305664:	Verstrekking 305712-305723:	Verstrekking 305896-305900
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:

Noot voor de V.I.:

Bij te voegen

- 1) Afschrift van de aanvankelijke aanvraag en van de eventuele aanvraag om voortzetting;
- 2) In geval van onderbreking van de behandeling, een afschrift van de door de adviserend geneesheer geviseerde bewijsstukken.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 november 2006 tot wijziging van 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.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER.

De Voorzitter,
G. PERL.