

Art. 2. Dezelfde overweg wordt bijkomend uitgerust met de veiligheidsinrichtingen bedoeld in artikel 4, 1° b), 2°, 3°, 4°, 5° en 6° van hetzelfde koninklijk besluit :

- 1) het systeem met gedeeltelijke afsluiting, aan weerszijden van de overweg;
- 2) een afsluitsysteem voor voetgangers en fietsers links van de weg, aan weerszijden van de overweg;
- 3) een geluidsein, aan weerszijden van de overweg;
- 4) een verkeersbord A45 links van de weg, aan weerszijden van de overweg en een verkeersbord A45 rechts van de weg, kant leper en georiënteerd naar de voetweg;
- 5) op elk bijkomend verkeersbord A45, een verkeerslicht dat de overgang verbiedt;
- 6) op elk verkeersbord A45, een verkeerslicht dat de overgang toestaat.

Art. 3. Het ministerieel besluit nr. A/02688/69/85 van 5 augustus 2013 wordt opgeheven.

Brussel, 4 februari 2014.

M. WATHELET

Art. 2. Le même passage à niveau est en plus équipé des dispositifs de sécurité visés à l'article 4, 1° b), 2°, 3°, 4°, 5° et 6° du même arrêté royal :

- 1) le système à fermeture partielle, de part et d'autre du passage à niveau;
- 2) un système à fermeture pour piétons et cyclistes à gauche de la route, de part et d'autre du passage à niveau;
- 3) un signal sonore, de part et d'autre du passage à niveau;
- 4) un signal routier A45 à gauche de la route, de part et d'autre du passage à niveau et un signal routier A45 à droite de la route, côté Ypres et orienté vers le sentier pédestre;
- 5) sur chaque signal routier A45 supplémentaire, un signal lumineux de circulation d'interdiction de passage;
- 6) sur chaque signal routier A45, un signal lumineux de circulation d'autorisation de passage.

Art. 3. L'arrêté ministériel n° A/02688/69/85 du 5 août 2013 est abrogé.

Bruxelles, le 4 février 2014.

M. WATHELET

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22621]

4 DECEMBER 2013. — Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 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

FILIP, 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, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005 en § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997 en bij de wet van 10 augustus 2001;

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;

Gelet op de voorstellen van de Technische tandheelkundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 16 mei 2013;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gegeven op 16 mei 2013;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen van 26 juni 2013;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 17 juli 2013;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 22 juli 2013;

Gelet op het advies van de Inspecteur van financiën, gegeven op 28 augustus 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 17 oktober 2013;

Gelet op advies 54.358/2 van de Raad van State, gegeven op 20 november 2013, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2013/22621]

4 DECEMBRE 2013. — Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, 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, l'article 35, § 1^{er}, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005 et § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu les propositions du Conseil technique dentaire formulées au cours de sa réunion du 16 mai 2013;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité donné le 16 mai 2013;

Vu la décision de la Commission nationale dento-mutualiste en date du 26 juin 2013;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 17 juillet 2013;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 22 juillet 2013;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances, donné le 28 août 2013;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 17 octobre 2013;

Vu l'avis 54.358/2 du Conseil d'Etat, donné le 20 novembre 2013, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 5 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, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 augustus 2013, wordt de paragraaf 3 vervangen als volgt :

« § 3 OVERIGE VERSTREKKINGEN : ORTHODONTIE

305830-305841 Orthodontisch onderzoek of advies, met rapport . L20	..... P4
305911-305922 Cephalometrische analyse op een teleradiografie, met uitzondering van de radiografie, eenmaal per kalenderjaar .....L10	..... P2
305550-305561 Orthodontisch onderzoek met verzamelen van de gegevens met het oog op het opstellen van een behandelingsplan, en vervaardigen van de modellen van de 2 bogen in gebruikelijke occlusie L27	..... P4
305572-305583 Analyse van de gegevens en opstellen van een behandelingsplan L23	..... P4
305933-305944 Forfait voor vroege orthodontische behandeling, bij het begin van de behandeling L145	..... P10
305955-305966 Forfait voor vroege orthodontische behandeling, bij het einde van de behandeling en ten vroegste gedurende de 6 ^e kalendermaand van de behandeling. L145	..... P12
305631-305642 Forfait voor apparatuur per regelmatige orthodontische behandeling, bij het begin van de behandeling. L125	..... P8
305675-305686 Bijkomend forfait voor apparatuur en per regelmatige orthodontische behandeling, na 6 forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting en ten vroegste tijdens de 6 ^e kalendermaand van behandeling L125	..... P8
305616-305620 Forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting; maximum 2 per kalendermaand en maximum 6 per 6 kalendermaanden, ongeacht het aantal zittingen L16,5	..... P3
305653-305664 Forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting die een eventuele onderbreking van de regelmatige orthodontische behandeling aankondigt van meer dan 6 kalendermaanden. L16,5	..... P3
305734-305745 Forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting tijdens een verlenging van behandeling. L16,5	..... P3
305852-305863 Contentiecontrolezitting, maximum 1 per kalendermaand en maximum 4 per kalenderjaar L12	..... P2
305874-305885 Nemen van afdrukken, met inbegrip van het vervaardigen van de afgietsels van de 2 bogen, op vraag van de Technisch tandheelkundige raad L15	..... P0 »

Art. 2. In artikel 6 van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 augustus 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1 wordt vervangen als volgt :

« § 1 In het honorarium voor raadpleging zijn begrepen, onderzoek van de patiënt en mogelijk voorschrijven van geneesmiddelen. Honorarium voor raadpleging in de spreekkamer van een tandheelkundige, mag nooit samengevoegd worden met het honorarium voor een verstrekking inzake tandverzorging, met uitzondering van de radiografieën opgenomen in artikel 5, het bijkomend honorarium voor de op

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 5 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, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 30 août 2013, le paragraphe 3 est remplacé par la disposition suivante :

« § 3 AUTRES PRESTATIONS : ORTHODONTIE

305830-305841 Examen ou avis orthodontique, avec rapport L20	..... P4
305911-305922 Analyse céphalométrique sur une téléradiographie, à l'exclusion de la radiographie, une fois par année civile L10	..... P2
305550-305561 Examen orthodontique avec collecte des données en vue de l'établissement d'un plan de traitement, et la confection des modèles des 2 arcades en occlusion habituelle L27	..... P4
305572-305583 Analyse des données et établissement d'un plan de traitement L23	..... P4
305933-305944 Forfait pour traitement orthodontique de première intention, en début du traitement L145	..... P10
305955-305966 Forfait pour traitement orthodontique de première intention, en fin de traitement et, au plus tôt, dans le courant du 6 ^e mois civil du traitement. L145	..... P12
305631-305642 Forfait pour appareillage par traitement orthodontique régulier, en début de traitement. L125	..... P8
305675-305686 Forfait supplémentaire pour appareillage et par traitement orthodontique régulier, après 6 forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier et, au plus tôt, dans le courant du 6 ^e mois civil de traitement. L125	..... P8
305616-305620 Forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier; maximum 2 par mois civil et maximum 6 par 6 mois civils, quel que soit le nombre de séances. L16,5	..... P3
305653-305664 Forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier qui annonce une interruption éventuelle de plus de 6 mois civils du traitement orthodontique régulier. L16,5	..... P3
305734-305745 Forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier pendant une prolongation de traitement..... 16,5	..... P3
305852-305863 Séance de contrôle de contention, maximum 1 par mois civil et maximum 4 par année civile..... L12	..... P2
305874-305885 Prise d'empreintes en ce compris la confection des moulages des 2 arcades, à la demande du Conseil technique dentaire L15	..... P0 »

Art. 2. Dans l'article 6 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 30 août 2013, les modifications suivantes sont apportées :

1° Le § 1^{er} est remplacé comme suit :

« § 1 Les honoraires pour consultation comprennent l'examen du patient et la prescription éventuelle de médicaments. Les honoraires pour consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour une prestation de soins dentaires, à l'exception des radiographies reprises à l'article 5, du supplément d'honoraires pour la prestation technique effectuée au

een brugdag verrichte technische verstrekking tijdens een georganiseerde wachtdienst en de verstrekking 301254-301265, 371254-371265, 305911-305922 en 305572-305583.»

2° § 6 wordt vervangen als volgt :

« § 6 ORTHODONTIE

1. Algemeenheden.

1.1. Een orthodontische behandeling mag niet gestart noch voortgezet worden in een mond waarin de tanden niet verzorgd zijn.

1.2. De verstrekking 305830-305841 mag worden geattesteerd wanneer een orthodontisch onderzoek of advies vergezeld is van een verslag ter attentie van een tandheelkundige, een geneesheer, een logopedist of een kinesitherapeut. Ze kan ook worden geattesteerd bij de opmaak van een formulier bijlage 60 ter attentie van de Technisch tandheelkundige raad.

1.3. De verstrekking 305911-305922 is eenmaal per kalenderjaar vergoedbaar en kan slechts eenmaal per teleradiografie geattesteerd worden.

1.4. Op voorwaarde dat er geen regelmatige orthodontische behandeling gestart werd, kan de verstrekking 305550-305561 meerdere malen geattesteerd worden, maar maximaal eenmaal per periode van 24 kalendermaanden. De periode begint bij de maand van de vorige verstrekking 305550-305561.

Het attesteren van de verstrekking 305933-305944 maakt een eenmalige afwijking op de hierboven vermelde algemene regel mogelijk. De vergoeding van de verstrekking 305550-305561 is dan toegestaan na een periode van 12 kalendermaanden. De periode begint bij de maand van de verstrekking 305933-305944.

1.5. De verstrekking 305572-305583 kan terugbetaald worden gedurende de periode bedoeld in punt 1.4., telkens een 305550-305561 terugbetaald wordt binnen de verplichte verzekering.

1.6. De adviserend geneesheer kan de modellen opvragen van de twee tandenbogen in gebruikelijke occlusie, vervaardigd tijdens de verstrekking 305550-305561, evenals de mededeling van de diagnostiek en/of het behandelingsplan die deel uitmaken van de verstrekking 305572-305583, en/of de schets van de verstrekking 305911-305922.

De verstrekking 305550-305561 kan niet geattesteerd worden indien de modellen gerealiseerd worden via Conebeam CT.

2. Leeftijdsgrens voor verzekeringstegemoetkoming.

2.1. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen van artikel 5, § 3 is niet meer verschuldigd vanaf de 15^e verjaardag van de verzekerde, behoudens andere bepalingen in de nomenclatuur.

2.2. De verzekeringstegemoetkoming kan zich voortzetten na de 15^e verjaardag

* tijdens de geldigheidsduur van een kennisgeving aan de adviserend geneesheer voor een regelmatige orthodontische behandeling,

* tijdens een aan de gang zijnde regelmatige orthodontische behandeling voor de welke de patiënt van verzekeringstegemoetkoming geniet, en tijdens de eraan verbonden fase voor contentiecontrole

* als de Technisch tandheelkundige raad zijn akkoord heeft verleend voor een afwijking op de leeftijdsgrens

Behoudens voor de gevallen vermeld in 4.4.1.1, is de verzekeringsstegemoetkoming niet meer verschuldigd vanaf de 22^e verjaardag van de verzekerde.

3. Vroege orthodontische behandeling.

3.1. Definitie en verzekeringstegemoetkoming.

3.1.1. De vroege orthodontische behandeling is een behandeling:

- ter correctie van de frontale en laterale kruisbeten;
- ter correctie van frontale en laterale dwangbeten;
- ter preventie van anterieure traumata door correctie van de positie van de snijtanden;
- ter correctie van het ruimtegebrek gedurende de wisselfase.

3.1.2. De verzekeringstegemoetkoming voor een vroege orthodontische behandeling is eenmaal verschuldigd aan de rechthebbende en beperkt zich tot :

- eenmaal de verstrekking 305933-305944 bij de start van de behandeling;
- eenmaal de verstrekking 305955-305966 bij het einde van deze behandelingsfase.

cours d'un service de garde organisé lors d'un jour de pont et des prestations 301254-301265, 371254-371265, 305911-305922 et 305572-305583.»

2° Le § 6 est remplacé comme suit :

« § 6 ORTHODONTIE

1. Généralités.

1.1. Aucun traitement orthodontique ne peut être commencé ni poursuivi dans une bouche où les dents n'ont pas été soignées.

1.2. La prestation 305830-305841 peut être attestée quand un examen ou avis orthodontique est accompagné d'un rapport à l'intention d'un praticien de l'art dentaire, d'un médecin, d'un logopède ou d'un kinésithérapeute. Elle peut l'être également lors de la rédaction du formulaire annexe 60 à l'intention du Conseil technique dentaire.

1.3. La prestation 305911-305922 est remboursable une fois par année civile et ne peut être attestée qu'une seule fois par téléradiographie.

1.4. A condition qu'aucun traitement orthodontique régulier n'ait été démarré, la prestation 305550-305561 peut être attestée plusieurs fois, mais au maximum une fois par période de 24 mois civils. La période commence avec le mois de la prestation 305550-305561 précédente.

L'attestation de la prestation 305933-305944 permet une seule fois la dérogation à la règle générale énoncée ci-dessus et autorise l'intervention pour la prestation 305550-305561 après une période de 12 mois civils. La période commence avec le mois de la prestation 305933-305944

1.5. La prestation 305572-305583 peut être remboursée durant la période visée au point 1.4 à chaque fois qu'un 305550-305561 bénéficie d'une intervention de l'assurance obligatoire.

1.6. Le médecin-conseil peut demander les modèles des deux arcades en occlusion habituelle, confectionnés lors de la prestation 305550-305561, ainsi que la communication du diagnostic et/ou du plan de traitement composant la prestation 305572-305583, et/ou le tracé de la prestation 305911-305922.

La prestation 305550-305561 ne peut pas être attestée si les modèles sont réalisés via Conebeam CT.

2. Limites d'âge pour l'intervention de l'assurance.

2.1. L'intervention de l'assurance pour les prestations de l'article 5, § 3 n'est plus due à partir du 15^e anniversaire de l'assuré sauf autres dispositions de la nomenclature.

2.2. L'intervention de l'assurance peut se prolonger au-delà de la date du 15^e anniversaire

* pendant toute la période de validité d'une notification, au médecin-conseil, de démarrage d'un traitement orthodontique régulier,

* Lors d'un traitement orthodontique régulier en cours pour lequel le patient continue à bénéficier d'une intervention de l'assurance, et durant la phase de contrôle de contention qui y est attachée.

* Lorsque le Conseil technique dentaire a marqué son accord pour une dérogation à la limite d'âge

Sauf pour les cas mentionnés dans le point 4.4.1.1, l'intervention de l'assurance prend fin à la date du 22^e anniversaire de l'assuré.

3. Traitement orthodontique de première intention.

3.1. Définition et intervention de l'assurance.

3.1.1. Le traitement orthodontique de première intention est un traitement qui vise à :

- corriger les articulés croisés frontaux et latéraux;
- lever les verrouillages frontaux et/ou transversaux de l'occlusion;
- prévenir les traumatismes antérieurs par la correction de la position des incisives;
- corriger un manque de place pendant la phase de permutation dentaire.

3.1.2. L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique de première intention est due une seule fois par bénéficiaire et se limite à :

- une fois la prestation 305933-305944 en début de traitement;
- une fois la prestation 305955-305966 à la fin de cette phase de traitement.

Ze loopt ten einde op de 9^e verjaardag van de rechthebbende. Ze stopt definitief bij het begin van de regelmatige orthodontische behandeling en op datum van de verstrekking 305631-305642 en van de eerste 305616-305620.

De verzekeringstegemoetkoming voor de volledige vroege orthodontische behandeling bestaat uit 2 forfaits die de kennisgeving aan de adviserend geneesheer, de apparatuur, het plaatsen van de apparatuur en de behandelingzittingen omvat.

Het eerste forfait 305933-305944 moet onmiddellijk geattesteerd worden bij het plaatsen van de apparatuur die noodzakelijk is voor een vroege orthodontische behandeling, het tweede forfait 305955-305966 op het einde van de behandeling en ten vroegste gedurende de 6^e kalendermaand van de behandeling die start met de maand van de verstrekking 305933-305944.

3.2. Kennisgeving van de start van een vroege orthodontische behandeling.

Om te kunnen genieten van een verzekeringstegemoetkoming voor een vroege orthodontische behandeling, moet de adviserend geneesheer ingelicht worden van de start van de behandeling. Deze kennisgeving gebeurt door middel van een reglementair formulier bijlage 60bis, ingevuld en ondertekend door de practicus op de dag van de plaatsing van het apparaat. Het formulier wordt bij het getuigschrift voor verstrekte hulp van de verstrekking 305933-305944 gevoegd.

4. Regelmatige orthodontische behandeling.

4.1. Definitie en verzekeringstegemoetkoming.

4.1.1. Het geheel van de forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting, met inbegrip van de verstrekkingen 305653-305664 vormt de regelmatige orthodontische behandeling. Deze start bij de eerste 305616-305620, uitgevoerd op de dag van het plaatsen van de apparatuur.

Bij een verlenging van een orthodontische behandeling toegekend door de Technisch tandheelkundige raad, is de notie regelmatige orthodontische behandeling van toepassing op de bijkomende verstrekkingen 305734-305745, die dezelfde regeling volgt als voor de 305616-305620.

4.1.2. De verzekeringstegemoetkoming voor een regelmatige orthodontische behandeling is eenmaal verschuldigd aan de verzekerde en ten vroegste na een periode van 12 kalendermaanden indien de regelmatige orthodontische behandeling opgestart wordt na een vroege orthodontische behandeling. De periode begint met de maand van de verstrekking 305933-305944.

4.1.3. De verzekeringstegemoetkoming voor een regelmatige orthodontische behandeling bestaat uit 2 forfaits voor apparatuur en 36 verstrekkingen 305616-305620, met inbegrip van de verstrekking 305653-305664:

- eenmaal de verstrekking 305631-305642 bij aanvang van de regelmatige orthodontische behandeling, als de apparatuur wordt geplaatst

- eenmaal de verstrekking 305675-305686 na 6 forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting en, ten vroegste, tijdens de 6^e maand van de regelmatige behandeling.

- de kennisgeving aan de adviserend geneesheer is inbegrepen in de verzekeringstegemoetkoming voor de regelmatige orthodontische behandeling;

- de verzekeringstegemoetkoming voor de forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting wordt beperkt tot 36 forfaits met een maximum van 6 forfaits per semester en een maximum van 2 forfaits per kalendermaand.

- het eerste semester van de regelmatige orthodontische behandeling begint met de kalendermaand van de eerste 305616-305620, onmiddellijk geattesteerd op de dag van het plaatsen van de apparatuur. Het begin van dit eerste semester bepaalt de volgende semesters.

- een getuigschrift kan tot 6 forfaits 305616-305620 omvatten op voorwaarde dat een periode van 18 kalendermaanden niet wordt overschreden. Deze periode start met het eerste forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting.

- in geval van gebruik van de 305653-305664, wordt het getuigschrift onmiddellijk opgemaakt.

- na een onderbreking van een periode van meer dan 6 kalendermaanden van regelmatige behandeling, wordt de kalendermaand waarin men de regelmatige behandeling herneemt de nieuwe referentie voor de berekening van het volgende behandelingssemester.

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

Répartie ainsi en 2 forfaits, elle couvre l'entièreté du traitement orthodontique de première intention qui comprend la notification au médecin-conseil, l'appareillage, la pose de l'appareillage et les visites de traitement.

Le premier forfait 305933-305944 doit être attesté immédiatement lors du placement de l'appareillage nécessaire au traitement orthodontique de première intention, le second forfait 305955-305966 est attesté à la fin du traitement, et au plus tôt dans le courant du 6^e mois civil de traitement qui commence avec le mois de la prestation du 305933-305944.

3.2. Notification de démarrage d'un traitement orthodontique de première intention.

Pour que le patient puisse bénéficier d'une intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique de première intention, il faut que le médecin-conseil soit averti du commencement d'un traitement. Cette notification est effectuée au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60bis, complété et signé par le praticien le jour du placement de l'appareil. Le formulaire est joint à l'attestation de soins donnés de la prestation 305933-305944.

4. Traitement orthodontique régulier.

4.1. Définition et intervention de l'Assurance.

4.1.1. L'ensemble des forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier en ce compris les prestations 305653-305664 constitue le traitement orthodontique régulier. Celui-ci démarre avec le premier 305616-305620 effectué le jour du placement de l'appareillage.

Lors d'une prolongation de traitement orthodontique accordée par le Conseil technique dentaire, la notion de traitement orthodontique régulier s'étend aux prestations supplémentaires 305734-305745, qui obéissent aux règles des prestations 305616-305620.

4.1.2. L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier est due une seule fois à l'assuré et au plus tôt après une période de 12 mois civils si le traitement orthodontique régulier est démarré après un traitement de première intention. La période commence avec le mois de la prestation 305933-305944.

4.1.3. L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier consiste en 2 forfaits pour appareillage et 36 prestations 305616-305620 en ce compris les prestations 305653-305664 :

- une fois la prestation 305631-305642 en début de traitement orthodontique régulier, lors de la pose de l'appareil

- une fois la prestation 305675-305686 après 6 forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier et, au plus tôt, dans le courant du 6^e mois de traitement régulier.

- La notification au médecin-conseil est comprise dans l'intervention de l'assurance pour le traitement orthodontique régulier

- L'intervention de l'assurance pour les forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier est limitée à 36 forfaits avec un maximum de 6 forfaits par semestre et un maximum de deux forfaits par mois civil.

- Le 1^{er} semestre du traitement orthodontique régulier commence avec le mois civil du premier 305616-305620 attesté immédiatement le jour du placement de l'appareil. Le commencement de ce premier semestre détermine les semestres suivants.

- une attestation de soins peut regrouper jusqu'à 6 forfaits 305616-305620 à condition de ne jamais dépasser une période de 18 mois civils. Cette période commence avec le premier forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier.

- en cas d'utilisation des n° 305653-305664, l'attestation est rédigée immédiatement.

- après une interruption d'une période de plus de 6 mois civils du traitement régulier, le mois civil de reprise du traitement régulier constitue la nouvelle référence pour le calcul des semestres ultérieurs de traitement.

4.1.4. In geval van kaak- en gehemelte spleten kan de Technisch tandheelkundige raad, een tweede en daarna een derde maal de verstrekking 305675-305686 toekennen. In die uitzonderlijke gevallen moet er via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling een aanvraag worden ingediend bij de Technisch tandheelkundige raad door middel van een reglementair formulier bijlage 60, ingevuld en ondertekend door de tandheelkundige.

De aanvraag, waarin de noodzaak voor nieuwe apparatuur wordt verantwoord, moet gedetailleerde gegevens bevatten betreffende de orthodontische diagnose, de voorgeschiedenis van de lopende behandeling, de behaalde resultaten en het plan voor de verdere behandeling.

4.2. Kennisgeving van de aanvang van de regelmatige orthodontische behandeling.

Om te kunnen genieten van een verzekeringstegemoetkoming voor een regelmatige orthodontische behandeling, met inbegrip van de apparatuur, moet de adviserend geneesheer ingelicht worden over de start van de behandeling.

De verzekeringsinstelling moet de kennisgeving ontvangen hebben voor de 15^e verjaardag van de rechthebbende. Minstens dient ze voor deze datum per post te zijn opgestuurd. De poststempel geldt als bewijs.

Deze kennisgeving gebeurt door middel van een reglementair formulier bijlage 60, ingevuld en ondertekend door de practicus, uiterlijk op het moment dat de apparatuur wordt geplaatst. In dit geval, wordt het formulier bij het getuigschrift voor verstrekte hulp van de verstrekking 305631-305642 gevoegd en, in afwijking op de volgende alinea, staat de kennisgeving die zo werd ingediend de tussenkomst toe op de data van de verstrekkingen vermeld op dit getuigschrift voor verstrekte hulp.

Deze kennisgeving is geldig gedurende een periode van 24 kalendermaanden die begint met de maand waarin de verzekeringsinstelling de kennisgeving heeft ontvangen of van de poststempel. Gedurende deze periode dient de regelmatige orthodontische behandeling te starten om van verzekeringstegemoetkoming te genieten.

In geval dat de behandeling niet gestart wordt in deze periode en de gerechtigde de leeftijdsgrens van 15 jaar niet heeft bereikt, moet een nieuwe kennisgeving ingediend worden.

Als het voorzien is om de regelmatige orthodontische behandeling te starten na de datum van de 15^e verjaardag van de rechthebbende en buiten de geldigheidstermijn van een kennisgeving zoals bedoeld in de 4^e alinea, kan een kennisgeving ten bewarende titel worden ingediend. Zijn geldigheidsduur eindigt op de 22^e verjaardag van de rechthebbende.

Om geldig te zijn en in aanmerking te worden genomen, dient een kennisgeving ten bewarende titel ten vroegste te zijn verricht tijdens de periode van 24 kalendermaanden voorafgaand aan de 15^e verjaardag van de rechthebbende; de maand van de 15^e verjaardag is de laatste maand van de periode. De kennisgeving moet uitdrukkelijk een gedetailleerde rechtvaardiging van het uitstel van de aanvang van de behandeling omvatten.

Ten laatste tijdens de maand volgend op deze van de ontvangst van de bijlage 60 zal de verzekeringsinstelling de rechthebbende informeren over de ontvangst van kennisgeving en de verstrekkingen waarvoor de rechthebbende nog van verzekeringstegemoetkoming kan genieten. Rekening houdend met de elementen waarover ze beschikt, maakt de verzekeringsinstelling een historiek over met de reeds gebruikte orthodontische codes.

4.3 Melding van een onderbreking van de regelmatige behandeling.

4.3.1. Een onderbreking van een regelmatige orthodontische behandeling langer dan een periode van zes kalendermaanden tussen 2 verstrekkingen 305616-305620 die niet gemeld werd, leidt tot het definitief verlies van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen van de rubriek "Orthodontie". De periode vangt aan in de maand van de verstrekking 305616-305620 die aan de onderbreking voorafgaat.

Een onderbrekingsperiode van meer dan zes kalendermaanden dient te worden gemeld bij de adviserend geneesheer. Deze melding dient de verzekeringsinstelling te bereiken binnen de door de nomenclatuur bepaalde termijnen.

Het attesteren van de 305653-305664 in plaats van de 305616-305620 tijdens een regelmatige orthodontische behandeling geldt als melding van de aanvang van een eventuele onderbrekingsperiode van meer dan zes maanden. De adviserend geneesheer kan evenwel aan de practicus vragen om schriftelijk de redenen voor deze onderbreking te verantwoorden.

4.1.4. En cas de fentes alvéolo-palatines, le Conseil technique dentaire peut autoriser une 2^e, et par la suite une 3^e fois la prestation 305675-305686. Dans ces cas exceptionnels, une demande doit être introduite au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60 complété et signé par le praticien, via le médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire.

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

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

Pour que le patient puisse bénéficier d'une intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier, en ce compris l'appareillage, il faut que le médecin-conseil soit averti du commencement d'un traitement.

La notification doit être réceptionnée par l'organisme assureur avant le quinzième anniversaire du bénéficiaire ou, tout au moins, être postée au plus tard avant cette date, le cachet de la poste faisant foi.

Cette notification est effectuée au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60, complété et signé par le praticien, au plus tard, au moment du placement de l'appareillage. Dans ce cas, le formulaire est joint à l'attestation de soins donnés à la date où la prestation 305631-305642 est effectuée et, par dérogation à l'alinéa suivant, la notification ainsi transmise permet l'intervention à la date des prestations reprises sur cette attestation de soins donnés.

Cette notification est valable pendant une période de 24 mois civils qui commence avec le mois de réception de la notification à l'organisme assureur ou du cachet de la poste. C'est durant cette période que le traitement orthodontique régulier doit être commencé pour pouvoir bénéficier de l'intervention.

Dans le cas où le traitement n'a pas commencé dans cette période et que l'ayant-droit n'a pas atteint l'âge limite des 15 ans, une nouvelle notification doit être introduite.

Lorsqu'il est prévu de commencer le traitement orthodontique régulier, après la date du 15^e anniversaire du bénéficiaire, au-delà du délai de validité d'une notification, comme précisé au 4^e alinéa, la notification pourra alors être introduite à titre conservatoire. Sa durée de validité prend fin à la date du 22^e anniversaire du bénéficiaire.

Pour être valable et prise en considération, une notification à titre conservatoire doit être effectuée au plus tôt dans la période des 24 mois civils précédant celui du 15^e anniversaire du bénéficiaire; le mois du 15^e anniversaire est le dernier mois de la période. La notification doit mentionner explicitement une justification détaillée du report du commencement du traitement.

Au plus tard dans le mois suivant celui de la réception de l'annexe 60, l'organisme assureur informera le bénéficiaire de la réception de la notification et des prestations pour lesquelles le bénéficiaire peut encore bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire. Tenant compte des éléments donc elle dispose, l'organisme assureur lui fournira un historique des codes orthodontiques déjà utilisés.

4.3 Annonce d'une interruption de traitement orthodontique régulier.

4.3.1. Une interruption du traitement orthodontique régulier, supérieure à une période de six mois civils entre 2 prestations 305616-305620 qui n'a pas été annoncée, provoque la perte définitive de l'intervention de l'assurance pour les prestations relevant de la rubrique "Orthodontie". La période commence le mois de la prestation 305616-305620 précédant l'interruption.

Une période d'interruption de plus de six mois civils doit être annoncée auprès du médecin-conseil. Cette annonce doit parvenir à l'Organisme assureur dans les délais requis par la nomenclature.

L'attestation du 305653-305664 à la place du 305616-305620 au cours d'un traitement orthodontique régulier vaut comme une annonce de démarrage d'une période d'interruption éventuelle de plus de six mois. Le médecin-conseil peut, néanmoins, demander au praticien de justifier par écrit les raisons de cette interruption.

Indien uitzonderlijk, de melding niet kan gebeuren door middel van de verstrekking 305653-305664, dient ze schriftelijk te worden gedaan door de behandelende practicus met toelichting van de redenen voor deze onderbreking.

In geval van onvrijwillige onderbreking van de regelmatige orthodontische behandeling, die te wijten is aan de practicus, stelt de adviserend geneesheer een dossier samen waarin wordt vermeld of het voor de practicus al dan niet om een geval van overmacht gaat. Dat dossier wordt aan de Technisch tandheelkundige raad bezorgd opdat deze een beslissing zou nemen over de voortzetting van de verzekeringstegemoetkoming.

4.3.2. Om binnen de vereiste ontvangstermijnen te zitten, moet de verzekeringsinstelling de melding ontvangen hebben ten laatste voor het einde van de periode van 6 kalendermaanden die loopt sinds de laatste 305616-305620, of ten minste voor deze datum te zijn gepost. De poststempel geldt als bewijs. De periode begint bij de maand van deze laatste verstrekking.

4.3.3. Elke regelmatige orthodontische behandeling, kan indien nodig, hernomen worden tijdens de eventuele onderbrekingsperiode van zes maanden die voorafgaandelijk werd gemeld.

4.4 Afwijking op de leeftijdsgrens.

4.4.1. Als de kennisgeving voor aanvang van een orthodontische behandeling niet gedaan werd voor de datum van de 15e verjaardag van de rechthebbende, kan de verzekerings-tegemoetkoming voor een regelmatige orthodontische behandeling uitzonderlijk worden toegestaan door de Technisch tandheelkundige raad na deze datum, voor zover de verzekerde de datum van de 22e verjaardag niet bereikt heeft op het moment van de ontvangst van de aanvraag door de verzekeringsinstelling. Minstens dient ze voor deze datum per post te zijn opgestuurd (de poststempel geldt als bewijs).

4.4.1.1. voor craniofaciale groeistoornissen met rechtstreekse gevolgen voor de positie en relatie van de tanden die in onderstaande lijst worden vermeld:

Craniofaciale dysplasieën (misvorming van schedelbeenderen in het aangezicht)

- * met splijting van boven- of onderkaak (schizis)
- * met geheel of gedeeltelijk ontbreken van bot (dysostosis) ter hoogte van de middenlijn of lateraal
- * met abnormaal samengroeien van bot (synostosis)
- * met geheel of gedeeltelijk ontbreken van bot + abnormaal samengroeien van bot
 - Crouzon syndroom
 - Apert syndroom
 - Triphyllocephalie

Craniofaciale dysplasieën met synchondrose (met stoornis in de groei van het kaakbeen)

* Ziekelijke stoornis in de ontwikkeling van het kraakbeen veroorzaakt gebrekkige groei en verkromping van de lange beenderen (achondroplasie)

Craniofaciale dysplasieën van andere oorsprong

- * *Osseuze dysplasieën*
 - Osteopetrosis
 - Craniotubulaire dysplasie
 - Fibreuze dysplasie
- * *Huiddysplasieën*
 - Ectodermale dysplasie
 - Neurocutaneuze dysplasie
 - Neurofibromatose
- * *Neuromusculaire dysplasieën*
 - Pierre Robin sekwentie
 - Mobius syndroom
- * *Musculaire dysplasieën*
 - Glossoschizis (gespleten tong)
 - Aglossie
 - Mimische spieren agenesie (cardiofaciaal syndroom – syndroom van Cayler)

Si, exceptionnellement, l'annonce ne peut se faire au moyen du code de prestation 305653-305664, elle se fait par écrit, par le praticien traitant, et doit expliquer les motifs de cette interruption.

En cas d'interruption involontaire du traitement orthodontique régulier due au praticien, le médecin-conseil constitue un dossier établissant qu'il s'agit, ou non, d'un cas de force majeure pour le praticien. Ce dossier est transmis au Conseil technique dentaire pour décider de la suite de l'intervention de l'assurance.

4.3.2. Pour être dans les délais requis de réception, l'annonce doit être réceptionnée par l'organisme assureur au plus tard avant la fin de la période de 6 mois civils qui se sera écoulée depuis le dernier 305616-305620, ou, tout au moins, être postée avant cette date, le cachet de la poste faisant foi. La période commence avec le mois de cette dernière prestation.

4.3.3. Tout traitement orthodontique régulier peut, selon les besoins, être repris durant la période d'interruption éventuelle de six mois qui a été annoncée préalablement.

4.4 Dérogation à la limite d'âge.

4.4.1 Quand la notification d'un démarrage de traitement orthodontique n'a pas été faite avant la date du 15^e anniversaire du bénéficiaire, l'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier peut exceptionnellement être autorisée par le Conseil technique dentaire après cette date, pour autant que l'assuré n'ait pas atteint la date de son 22^e anniversaire au moment de la réception de la demande par l'organisme assureur ou, tout au moins, de son envoi par la poste (le cachet de la poste faisant foi).

4.4.1.1. pour des troubles de la croissance craniofaciale avec des répercussions directes sur la position et la relation des dents, qui sont repris dans la liste ci-après :

Dysplasie craniofaciale (déformation des os du crâne au niveau facial)

- * avec fente de la mâchoire supérieure ou inférieure (schizis)
- * avec absence osseuse complète ou partielle (dysostose) au niveau de la ligne médiane ou latéralement
- * avec soudure osseuse anormale (synostose)
- * avec absence osseuse complète ou partielle + soudure osseuse anormale
 - Syndrome de Crouzon
 - Syndrome d'Apert
 - Triphyllocéphalie

Dysplasie cranio-faciale avec synchondrose (avec trouble du développement du maxillaire)

* Un trouble pathologique du développement cartilagineux résultant d'une croissance défectueuse en incurvée des os longs (achondroplasie)

Dysplasies cranio-faciales d'autre origine

- * *Dysplasies osseuses*
 - Ostéopétrose
 - Dysplasie cranio-tubulaire
 - Dysplasie fibreuse
- * *Dysplasies cutanées*
 - Dysplasie ectodermique
 - Dysplasie neuroectodermique
 - Neurofibromatose
- * *Dysplasies neuromusculaires*
 - Séquence de Pierre Robin
 - Syndrome de Moebius
- * *Dysplasies musculaires*
 - Fente linguale
 - Aglossie
 - Agénésie unilatérale de muscles faciaux (syndrome cardio-facial – Cayler)

** Vasculaire dysplasieën*

- Hemangioom
- Lymfangioom
- Hemolymfangioom

4.4.1.2. voor situaties waarin de orthodontische tenlasteneming binnen de termijnen vastgesteld door de nomenclatuur verhinderd werd omwille van een ernstige mentale afwijking van de verzekerde, of van de intensieve opvolging en behandeling van een ernstige pathologie op het gebied van de algemene gezondheid, zoals een ernstige oncologische ziekte of een ernstig trauma. Deze pathologie moet verschijnen, ofwel gedurende de tijdsduur van validiteit van 2 jaren van de kennisgeving die verder gaat dan de 15e verjaardag, ofwel - wanneer er geen kennisgeving is - gedurende de periode van 24 maanden voorafgaand de 15e verjaardag van de rechthebbende. De laatste maand van de periode komt overeen met diegene van de 15e verjaardag van de patiënt.

4.4.1.3. voor congenitale agenesie van minstens DRIE blijvende tanden, met uitzondering van wijsheidstanden

4.4.2. Om een afwijking op de leeftijds grens aan te vragen, moet een door de practicus ingevuld en ondertekend reglementair formulier (bijlage 60), aangevuld met de elementen die de pathologie aantonen, bezorgd worden aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Die moet het formulier overmaken aan de Technische tandheelkundige raad. Deze aanvraag bevat een gedetailleerde beschrijving van de initiële dysmorphose en het behandelingsplan. Voor de situaties bedoeld onder 4.4.1.2., moet ze worden aangevuld door de historiek van de ziekte en een omstandig verslag, opgesteld door de geneesheer-specialist die de aandoening behandelt.

De adviserend geneesheer kan, vooraleer ze door te sturen, vragen om de aanvraag te vervolledigen indien deze niet alle elementen uit voorgaande alinea omvat.

4.5 Verlenging van een regelmatige orthodontische behandeling.

4.5.1. Een verlenging van een regelmatige orthodontische behandeling kan verantwoord zijn na het zesendertigste forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting. De verzekeringstegevoetkoming voor deze uitzonderlijke verlenging is pas verschuldigd na voorafgaand akkoord van de Technisch tandheelkundige raad die het aantal bijkomende forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting bepaalt, te coderen onder het nr. 305734-305745.

De uitzonderlijke verzekeringstegevoetkoming kan toegekend worden voor de verlenging van behandelingen van:

- dysmorphieën in geval van de dysplasieën genoemd onder punt 4.4.1.1.;
- dento-alveolo-maxillaire dysmorphieën indien de sagittale OF verticale skeletale verhoudingen van de onder en bovenkaak een variatie van meer dan 2 standaardafwijkingen vertonen ten opzichte van het gemiddelde;
- ingesloten maxillaire hoektanden met een complexiteitsindex (S. Pitt et al.) van minstens 3.

4.5.2. Om een verlenging aan te vragen moet na afloop van de 36 forfaits 305616-305620 (met inbegrip van de eventuele 305653-305664), een door de practicus ingevulde en ondertekende aanvraag (bijlage 60) bezorgd worden aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Die moet het doorsturen naar de Technische tandheelkundige Raad. Deze aanvraag bevat een gedetailleerde beschrijving van de initiële dysmorphose, de behaalde resultaten en het initiële en toekomstige behandelingsplan.

De Technische tandheelkundige raad kan alle voorafgaande en actuele orthodontische diagnose-elementen opeisen.

4.5.3. De verzekeringstegevoetkoming voor de verlenging van de regelmatige behandeling is verschuldigd vanaf de 1e kalendermaand die volgt op de datum van het laatste forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting, ongeacht de bepalingen van artikel 5 van de nomenclatuur aangaande de verstrekking 305616-305620 en de frequentie van de forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting.

4.5.4. Om ononderbroken van verzekeringstegevoetkoming te kunnen genieten, dient de verzekeringsinstelling de aanvraag voor verlenging van regelmatige orthodontische behandeling te hebben ontvangen voor het einde van de periode van 3 kalendermaanden die loopt sinds de laatste 305616-305620, of ten minste voor deze datum te zijn gepost. De poststempel geldt als bewijs. De periode begint met de maand van het laatste 305616-305620.

** Dysplasies vasculaires*

- Hémangiome
- Lymphangiome
- Hémolymphangiome

4.4.1.2. pour les situations empêchant la prise en charge orthodontique dans les délais fixés par la nomenclature à cause d'un trouble mental sévère de l'assuré, ou des suivi et traitement intensifs d'une pathologie sévère dans le domaine de la santé générale, comme une affection oncologique grave ou un traumatisme grave. Cette pathologie doit être apparue, soit pendant la durée de 2 ans de validité de la notification se prolongeant au-delà du 15^e anniversaire, soit - en absence de notification - pendant la période de 24 mois civils précédant le 15^e anniversaire du bénéficiaire. Le dernier mois de la période coïncide avec celui du 15^e anniversaire du patient.

4.4.1.3. pour agénésie congénitale d'au moins TROIS dents définitives à l'exception des dents de sagesse.

4.4.2. Pour demander une dérogation à la limite d'âge, un formulaire réglementaire (annexe 60) complété et signé par le praticien, accompagné des éléments qui démontrent la pathologie, doit être transmise au médecin-conseil de l'organisme assureur chargé de la faire parvenir au Conseil technique dentaire. Cette demande comprend un descriptif détaillé de la dysmorphose initiale et du plan de traitement. Pour les situations précisées au point 4.4.1.2., elle est complétée de l'historique de la maladie et d'un rapport circonstancié, établi par le médecin-spécialiste traitant la pathologie.

Le médecin-conseil peut, avant de la transmettre, demander de compléter la demande si celle-ci ne comporte pas tous les éléments requis à l'alinéa précédent.

4.5 Prolongation d'un traitement orthodontique régulier.

4.5.1. Une prolongation d'un traitement orthodontique régulier peut se justifier après le trente-sixième forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier. L'intervention de l'assurance pour cette prolongation exceptionnelle n'est due qu'après accord préalable du Conseil technique dentaire qui détermine le nombre de forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier supplémentaires codifiés sous le n° 305734-305745.

L'intervention exceptionnelle de l'assurance peut être octroyée pour la prolongation des traitements :

- des dysmorphoses rencontrées dans le cas de dysplasies énumérées au point 4.4.1.1.;
- des dysmorphoses dento-alvéolo-maxillaires si les rapports squelettiques maxillo-mandibulaires sagittaux OU verticaux accusent une variation de plus de 2 écarts-standard par rapport à la moyenne;
- des canines incluses maxillaires avec un index de complexité (S. Pitt et al.) d'au moins 3.

4.5.2. Pour demander une prolongation, une demande (annexe 60) complétée et signée par le praticien, doit au terme des 36 forfaits 305616-305620 (en ce compris les éventuels 305653-305664) être transmise au médecin-conseil de l'organisme assureur. Celui doit l'envoyer au Conseil technique dentaire. Cette demande comprend un descriptif détaillé de la dysmorphose initiale, des résultats obtenus et du plan de traitement initial et futur.

Le Conseil technique dentaire peut exiger la communication de tous les éléments de diagnostic orthodontique antérieurs et actuels.

4.5.3. L'intervention de l'assurance pour la prolongation de traitement régulier est due à partir du 1^{er} mois civil qui suit la date du dernier forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier sans préjudice des dispositions de l'article 5 de la nomenclature concernant la prestation 305616-305620 et la fréquence des forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier.

4.5.4. Pour pouvoir bénéficier de cette continuité dans l'intervention de l'assurance, la demande pour la prolongation de traitement orthodontique régulier doit être réceptionnée par l'organisme assureur avant la fin de la période de 3 mois civils qui se sera écoulée depuis le dernier 305616-305620 ou tout au moins être posté avant cette date, le cachet de la poste faisant foi. La période commence avec le mois du dernier 305616-305620.

Laattijdige ontvangst, na de periode van 6 kalendermaanden zoals omschreven in punt 4.3.2., wordt gelijkgesteld met een onderbreking van de regelmatige orthodontische behandeling en leidt tot een automatische stopzetting van de tussenkomst van de verzekeringsinstelling. Indien aan de bepaling van het laatste lid van 4.3.1 is voldaan is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd vanaf de kalendermaand van ontvangst van de aanvraag bij de verzekeringsinstelling.

In geval van laattijdige ontvangst, na de periode van 3 kalendermaanden en binnen de periode van 6 kalendermaanden, kan de Technisch tandheelkundige raad toch de gevraagde verlenging toekennen. De verzekeringstegemoetkoming is desgevallend verschuldigd vanaf de kalendermaand van ontvangst van de aanvraag bij de verzekeringsinstelling.

Het gebruik van de 305653-305664 als laatste forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting laat niet toe om af te wijken van de bepalingen vermeld onder dit punt.

5. De contentiecontrolezittingen.

Zij hebben tot doel de stabiliteit van het bekomen resultaat te evalueren op het einde of tussen de behandelingsfasen door.

5.1. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 305852-305863 is 12 maal verschuldigd per rechthebbende, met een maximum van 4 per kalenderjaar, voor zover de patiënt heeft genoten van de terugbetaling voor een regelmatige orthodontische behandeling en er niet van werd uitgesloten.

5.2. De verstrekking 305852-305863 is niet onderworpen aan de onderbrekingsregels van een behandeling vermeld in punt 4.3.

6. Diverse bepalingen.

6.1. De verstrekkingen 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745 evenals de verstrekking 305852-305863 kunnen niet tijdens dezelfde dag worden uitgevoerd.

6.2. De verstrekkingen 305830-305841 en 305550-305561 kunnen niet worden gecumuleerd.

6.3. Er is geen verzekeringstegemoetkoming voor de aanpassing, het herstel of de vervanging van de apparatuur bedoeld onder de n° 305933-305944, 305955-305966 en 305631-305642, 305675-305686, in gevolge de evolutie van de behandeling, verlies, breuk of beschadiging.

6.4. Het attesteren van de 305550-305561 na een 305594-305605 die voor de datum van inwerkingtreding van het Koninklijk besluit van 4 december 2013 werd geattesteerd, moet voldoen aan de bepalingen van punt 1.4., waarbij de vermelde periode van 24 kalendermaanden begint bij de maand van de verstrekking 305594-305605.

6.5. De beslissingen inzake verzekeringstegemoetkoming voor een orthodontische behandeling en de onderbrekingen van een orthodontische behandeling, beiden ingegaan vóór de datum van inwerkingtreding van het Koninklijk besluit van 4 december 2013, blijven gelden conform de bepalingen van artikel 6, § 6. Voor de behandelingen waar de adviserend geneesheer initieel niet alle verstrekkingen 305616-305620 had toegekend, wordt de tegemoetkoming voor 36 verstrekkingen 305616-305620 verzekerd. »

3° de §§ 7 tot en met 16 worden opgeheven.

4° § 18 wordt gewijzigd als volgt:

a) in het derde lid worden de codenummers 305594-305605, 305712-305723 en 305896-305900 geschrapt;

b) in het derde lid worden de codenummers 305550-305561 en 305572-305583 ingevoegd na het codenummer 301593-301604;

c) in het derde lid wordt het codenummer 305734-305745 ingevoegd na de code 305653-305664.

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

Art. 4. De minister die Sociale zaken onder haar bevoegdheden heeft is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 4 december 2013.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

Toute réception tardive, au-delà d'une période de 6 mois civils telle que définie au point 4.3.2, équivaut à une interruption de traitement orthodontique régulier qui entraîne un arrêt automatique de l'intervention de l'organisme assureur, sauf si la disposition du dernier alinéa du point 4.3.1 est réalisée. Dans ce cas, l'intervention de l'assurance est due à partir du mois civil de réception de la demande auprès de l'organisme assureur.

En cas de réception tardive, après la période des 3 mois civils mais dans la période des 6 mois civils, le Conseil technique dentaire peut néanmoins accorder la prolongation demandée. L'intervention de l'assurance est due, dans ce cas, à partir du mois civil de réception de la demande auprès de l'organisme assureur.

L'utilisation du 305653-305664 comme dernier forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier ne permet pas de déroger aux dispositions précisées dans ce présent point.

5. Les séances de contrôles de contentions.

Elles ont pour but de vérifier la stabilité du résultat obtenu que ce soit en fin ou entre deux phases de traitement.

5.1. L'intervention de l'assurance pour la prestation 305852-305863 est due 12 fois par bénéficiaire, avec un maximum de 4 par année civile, pour autant que le patient ait bénéficié et ne soit pas exclu du remboursement pour un traitement orthodontique régulier.

5.2. La prestation 305852-305863 n'est pas soumise aux règles d'interruption de traitement définies au point 4.3.

6. Dispositions diverses.

6.1 Les prestations 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745 ainsi que la prestation 305852-305863 ne peuvent pas être effectuées le même jour.

6.2 Les prestations 305830-305841 et 305550-305561 ne peuvent pas être cumulées.

6.3 Il n'y a pas d'intervention de l'assurance pour la modification, la réparation ou le remplacement des appareillages visés sous les n° 305933-305944, 305955-305966 et 305631-305642, 305675-305686 consécutivement à l'évolution du traitement, au bris, à la détérioration ou à la perte.

6.4. L'attestation de la prestation 305550-305561 après une prestation 305594-305605 qui a été attestée avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 4 décembre 2013, doit satisfaire aux dispositions du point 1.4., la période de 24 mois calendrier mentionnée commençant le mois où la prestation 305594-305605 est effectuée.

6.5. Les décisions en matière d'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique et les interruptions d'un traitement orthodontique, intervenant toutes deux avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 4 décembre 2013 restent valables conformément aux dispositions de l'article 6, §6. Pour les traitements où le médecin-conseil n'avait pas accordé initialement toutes les prestations 305616-305620, l'intervention est assurée pour 36 prestations 305616-305620. »

3° les §§ 7 jusqu'à 16 inclus sont abrogés.

4° le § 18 est modifié comme suit :

a) dans le troisième alinéa les numéros de code 305594-305605, 305712-305723 et 305896-305900 sont supprimés;

b) dans le troisième alinéa les numéros de code 305550-305561 et 305572-305583 sont insérés après le numéro de code 301593-301604;

c) dans le troisième alinéa le numéro de code 305734-305745 est inséré après le numéro de code 305653-305664.

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. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 4 décembre 2013.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX