

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22063]

13 JANUARI 2014. — 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 de Dienst 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 artikel 24, § 1, laatstelijk gewijzigd bij de verordeningen van 5 mei 2008;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 13 januari 2014,

Besluit :

Artikel 1. Het artikel 24 § 1 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, laatstelijk gewijzigd bij de verordening van 5 mei 2008, wordt vervangen als volgt :

« § 1. De kennisgeving van de vroege orthodontische behandeling bedoeld in artikel 6, § 6, 3 van de nomenclatuur wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 60bis.

De kennisgeving van de regelmatige orthodontische behandeling bedoeld in artikel 6, § 6, 4. van de nomenclatuur wordt bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ingediend met het formulier, voorzien in de bijlage 60.

De aanvragen om verzekeringstegemoetkoming voorzien in artikel 6, § 6 van de nomenclatuur worden via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, met het volgens de regels ingevulde formulier dat is vervat in de bijlage 61, aan de Technische tandheelkundige raad overgemaakt.

Het gaat hier om aanvragen :

— in afwijking op de leeftijdsgrens (artikel 6, § 6, 4.4., van de nomenclatuur);

— voor verlenging van behandeling als 36 prestaties 305616-305620 werden uitgevoerd (artikel 6, § 6, 4.5., van de nomenclatuur);

— voor bijkomende vergoeding voor apparatuur in geval van kaak- en verhemeltespleet (artikel 6, § 6, 4.1.4., van de nomenclatuur) »

Art. 2. In dezelfde verordening, worden de bijlagen 60 en 61 vervangen door de bijlagen 60 en 61 gevoegd bij deze verordening.

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

Brussel, 13 januari 2014.

De Leidend Ambtenaar,
H. De Ridder.

De Voorzitter,
G. Perl.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22063]

13 JANVIER 2014. — 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 du Service des 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 l'article 24, § 1 modifié en dernier lieu par le règlement du 5 mai 2008;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 13 janvier 2014,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 24, § 1, 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, modifié en dernier lieu par le règlement du 5 mai 2008, est remplacé comme suit :

« § 1^{er}. La notification d'un traitement orthodontique de première intention visé à l'article 6, § 6, 3 de la nomenclature est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen du formulaire prévu à l'annexe 60bis.

La notification d'un traitement orthodontique régulier visé à l'article 6, § 6, 4 de la nomenclature est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen du formulaire prévu à l'annexe 60.

Les demandes pour intervention de l'assurance prévues dans l'article 6, § 6 de la nomenclature sont adressées au Conseil technique dentaire, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur, au moyen du formulaire dûment complété prévu à l'annexe 61.

Ceci concerne les demandes :

— en dérogation à la limite d'âge (article 6, § 6, 4.4., de la nomenclature);

— de prolongation de traitement quand 36 prestations 305616-305620 ont été effectuées (article 6, § 6, 4.5., de la nomenclature);

— de remboursement supplémentaire pour appareillage en cas de fentes alvéolo-palatines (article 6, § 6, 4.1.4., de la nomenclature) »

Art. 2. Dans le même règlement, les annexes 60 et 61 sont remplacées par les annexes 60 et 61 jointes au présent règlement.

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

Bruxelles, le 13 janvier 2014.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. De Ridder.

Le Président,
G. Perl.

Bijlage 60 bij de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994."

Datum ontvangst door het ziekenfonds: / /

Bijlage 60

KENNISGEVING voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor een regelmatige orthodontische behandeling.

Vak 1: Gegevens van de rechthebbende, patiënt en practicus.

- **Rechthebbende** (Verplicht in te vullen door de rechthebbende of kleefstrookje aanbrengen):
 Naam en voornaam:
 Adres:
 Verzekeringsinstelling:
 Inschrijvingsnummer sociale zekerheid:
- **Patiënt** (Verplicht in te vullen door de practicus):
 Naam en voornaam:
 Geboortedatum: / /
- **Practicus** (Verplicht in te vullen door de practicus):
 Naam en voornaam:
 Praktijkadres:
 Rizivnummer:

Vak 2: Kennisgeving aan de adviserend geneesheer.

Instructie: In te vullen door de practicus. Aankruisen wat van toepassing is en, indien gevraagd, verantwoorden.

- Kennisgeving voor een regelmatige orthodontische behandeling met een geldigheidsduur van 24 kalendermaanden
- Kennisgeving voor een regelmatige orthodontische behandeling **ten bewarende titel**
 (enkel geldig indien uitgevoerd gedurende de 24 kalendermaanden voorafgaand aan de datum van de 15^e verjaardag)
- Verantwoording :

Vak 3: Details over de diagnose en het behandelingsplan.

3.1. Gedetailleerde beschrijving van de aanvankelijke diagnose:

.....

3.2. Gedetailleerde beschrijving van het behandelingsplan:

.....

3.3. Toestand van de tanden: zonder cariës verzorgd

Vak 4: Ondertekening practicus.

Stempel

Datum / /

Handtekening van de practicus

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 13 januari 2014 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 bij de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:"

Datum ontvangst door het ziekenfonds: / /

Bijlage 61
AANVRAAG voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van een regelmatige orthodontische behandeling.

Vak 1: Gegevens van de rechthebbende, patiënt en practicus

- **Rechthebbende** (Verplicht in te vullen door de rechthebbende of kleefstrookje aanbrengen):
 Naam en voornaam:
 Adres:
 Verzekeringsinstelling:
 Inschrijvingsnummer sociale zekerheid:
- **Patiënt** (Verplicht in te vullen door de practicus):
 Naam en voornaam:
 Geboortedatum: / /
- **Practicus** (Verplicht in te vullen door de practicus):
 Naam en voornaam:
 Praktijkadres:
 Rizivnummer:

Vak 2: Aanvraag aan de Technisch tandheelkundige raad.

Instructie: In te vullen door de practicus. Aankruisen wat van toepassing is.

- Aanvraag in afwijking op de leeftijdsgrens
- Aanvraag voor verlenging van behandeling als 36 prestaties 305616-305620 werden uitgevoerd
- Aanvraag voor bijkomende vergoeding voor apparatuur in geval van kaak – en verhemeltespleet

Vak 3: Details over de initiële diagnose en het behandelingsplan.

Instructie: In te vullen door de practicus voor elke aanvraag aan de Technisch tandheelkundige raad.

- 3.1. **Gedetailleerde beschrijving van de initiële diagnose:**

- 3.2. **Gedetailleerde beschrijving van het behandelingsplan:**

- 3.3. **Toestand van de tanden:** zonder cariës verzorgd

Vak 4: Details over de verkregen resultaten en het behandelingsplan.

Instructie: In te vullen door de practicus bij aanvragen voor verlenging van behandeling of bijkomende vergoeding voor apparatuur.

- 4.1. **Gedetailleerde beschrijving van de verkregen resultaten en de huidige toestand van de dysmorphose:**

4.2. Gedetailleerde beschrijving van het verdere behandelingsplan:

.....

.....

.....

.....

.....

Vak 5: Ondertekening practicus.

Stempel

Datum / / Handtekening van de practicus

.....

Vak 6: Inlichtingen vanuit het ziekenfonds.**Instructie:** Dit vak is volgens het type aanvraag in te vullen door het ziekenfonds/adviserend geneesheer.*Verleende vergoedingen:*

Verstrekking 305631-305642 / / Verstrekking(en) 305675-305686 / / / /

Verstrekkings 305616-305620 of 305734-305745 op de volgende data:

1).... / /	2).... / /	3).... / /	4).... / /	5).... / /	6).... / /
7).... / /	8).... / /	9).... / /	10).... / /	11).... / /	12).... / /
13).... / /	14).... / /	15).... / /	16).... / /	17).... / /	18).... / /
19).... / /	20).... / /	21).... / /	22).... / /	23).... / /	24).... / /
25).... / /	26).... / /	27).... / /	28).... / /	29).... / /	30).... / /
31).... / /	32).... / /	33).... / /	34).... / /	35).... / /	36).... / /
37).... / /	38).... / /	39).... / /	40).... / /	41).... / /	42).... / /
43).... / /	44).... / /	45).... / /	46).... / /	47).... / /	48).... / /
49).... / /	50).... / /	51).... / /	52).... / /	53).... / /	54).... / /
55).... / /	56).... / /	57).... / /	58).... / /	59).... / /	60).... / /
61).... / /	62).... / /	63).... / /	64).... / /	65).... / /	66).... / /
67).... / /	68).... / /	69).... / /	70).... / /	71).... / /	72).... / /

Verstrekking(en) 305653-305664:

.... / / / / / / / /

Datum doorsturen aan de Technisch tandheelkundige raad, op / /

Visa/Stempel

Datum / /

Handtekening van de adviserend geneesheer

Vak 7: Beslissing van de Technisch tandheelkundige raad.

- Weigering Akkoord voor een regelmatige orthodontische behandeling (in afwijking op de leeftijdsgrens)
- Weigering Akkoord voor x de verstrekking 305734-305745 vanaf / /
- Weigering Akkoord voor een bijkomende verstrekking 305675-305686

Motivering bij de weigering.

.....

.....

.....

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 13 januari 2014 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

Annexe 60 au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

Date de réception par la mutualité : / /

Annexe 60
NOTIFICATION d'intervention de l'assurance soins de santé pour traitement orthodontique régulier.

Case 1: Identification du bénéficiaire, du patient et du praticien.

- **Bénéficiaire** (obligatoirement à remplir par le bénéficiaire ou apposer une vignette):
 Nom et prénom :
 Adresse :
 Mutualité:
 N° d'identification sécurité sociale :
- **Patient** (obligatoirement à remplir par le praticien):
 Nom et prénom :
 Date de naissance : / /
- **Praticien** (obligatoirement à remplir par le praticien):
 Nom et prénom :
 Adresse du cabinet :
 Numéro INAMI :

Case 2: Notification au médecin conseil.

Instruction: A remplir par le praticien. Cocher ce qui est d'application et justifier si demandé.

- Notification pour un traitement orthodontique régulier d'une durée de validité de 24 mois civils
- Notification pour un traitement orthodontique régulier à titre conservatoire
 (uniquement valable si effectuée dans les 24 mois civils se terminant avec celui du 15e anniversaire)
 Justification :

Case 3: Détails concernant le diagnostic et le plan de traitement.

- 3.1. *Description détaillée du diagnostic initial:*

- 3.2. *Description détaillée du plan de traitement:*

- 3.3. **Etat des dents:** sans carie soignées

Case 4: Signature du praticien.

	Cachet
Date / /	Signature du praticien

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 2014 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 au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

Date de la réception par la mutualité : / /

Annexe 61

DEMANDE d'intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre d'un traitement orthodontique régulier.

Case 1: Identification du bénéficiaire, du patient et du praticien.

- **Bénéficiaire** (obligatoirement à remplir par le bénéficiaire ou apposer une vignette):
 Nom et prénom:
 Adresse:
 Mutualité:
 N° d'identification sécurité sociale :
- **Patient** (obligatoirement à remplir par le praticien):
 Nom et prénom :
 Date de naissance : / /
- **Praticien** (obligatoirement à remplir par le praticien):
 Nom et prénom:
 Adresse du cabinet:
 Numéro INAMI :

Case 2: Demande au Conseil technique dentaire.

Instruction: A remplir par le praticien. Cocher ce qui est d'application.

- Demande de dérogation à la limite d'âge
- Demande de prolongation de traitement quand 36 prestations 305616-305620 ont été effectuées
- Demande de remboursement supplémentaire pour appareillage en cas de fentes alvéolo-palatines

Case 3: Détails concernant le diagnostic initial et le plan de traitement.

Instruction: A remplir par le praticien pour toute demande au Conseil technique dentaire.

3.1. Description détaillée du diagnostic initial:

.....

.....

.....

.....

3.2. Description détaillée du plan de traitement:

.....

.....

.....

.....

3.3. **Etat des dents** : sans carie soignées

Case 4: Détails concernant les résultats obtenus et le plan de traitement.

Instruction: A remplir par le praticien pour des demandes de prolongation de traitement ou d'intervention supplémentaire pour appareillage.

4.1. Description détaillée des résultats obtenus et de l'état actuel de la dysmorphose:

.....

.....

.....

.....

4.2. Description détaillée du plan de traitement ultérieur:

.....

Case 5: Signature du praticien.

	Cachet
	Date / / Signature du praticien

Case 6: Renseignements fournis par la mutualité.

Instruction: Cette case est, selon le type de demande, à remplir par la mutualité/médecin conseil.

Remboursements effectués:

Prestation 305631-305642 / / Prestation(s) 305675-305686 / / / /

Prestations 305616-305620 of 305734-305745 sur les dates suivantes:

- | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1).... / / | 2).... / / | 3).... / / | 4).... / / | 5) / / | 6) / / |
| 7) / / | 8).... / / | 9) / / | 10) / / | 11) / / | 12) / / |
| 13) / / | 14) / / | 15) / / | 16) / / | 17) / / | 18) / / |
| 19).... / / | 20) / / | 21) / / | 22) / / | 23) / / | 24) / / |
| 25) / / | 26) / / | 27) / / | 28) / / | 29) / / | 30) / / |
| 31) / / | 32) / / | 33) / / | 34) / / | 35) / / | 36) / / |
| 37) / / | 38) / / | 39) / / | 40) / / | 41) / / | 42).... / / |
| 43) / / | 44) / / | 45) / / | 46) / / | 47) / / | 48) / / |
| 49) / / | 50) / / | 51) / / | 52) / / | 53) / / | 54) / / |
| 55) / / | 56) / / | 57) / / | 58) / / | 59) / / | 60) / / |
| 61) / / | 62) / / | 63) / / | 64) / / | 65).... / / | 66) / / |
| 67) / / | 68) / / | 69) / / | 70) / / | 71) / / | 72) / / |

Prestation(s) 305653-305664:
 / / / / / / / / / / / /

- *Date de la transmission au Conseil technique dentaire, le / /*

	Visa/Cachet
	Date / / Signature du médecin conseil

Case 7: Décision du Conseil technique dentaire.

- Refus Accord pour un traitement orthodontique régulier (en dérogation à la limite d'âge)
- Refus Accord pour x prestations 305734-305745 à partir du / /
- Refus Accord pour une prestation 305675-305686 supplémentaire

Motivation du refus.

Vu pour être annexé au règlement du 13 janvier 2014 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
--	--------------------------