

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU**

[C – 2001/22770]

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
**Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur
van de geneeskundige verstrekkingen**

Op voorstel van de Technische tandheelkundige raad van 11 januari 2001, 8 maart 2001 en 10 mei 2001 en tot uitvoering van artikel 22, 4^obis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 3 september 2001 de hiernagaaande interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van de artikelen 5 en 6 van de nomenclatuur :

INTERPRETATIEREGELS
RAADPLEGINGEN
VRAAG 1

Mag verzekeringstegemoetkoming worden toegekend voor verstrekking nr. 301011 * Raadpleging in de spreekkamer van een licentiaat in de tandheelkunde of van een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift N 5, wanneer ze samen met een behandeling voortkomt op het getuigschrift voor verstrekte hulp?

ANTWOORD

Krachtens de bepalingen van artikel 6, § 1, van de nomenclatuur, dekt het honorarium voor de in artikel 5 bedoelde tandverzorging alle verstrekkingen welke zijn verricht tussen de data van aanvang en einde van de behandeling die op het getuigschrift voor verstrekte hulp zijn vermeld.

Indien de rechthebbende ertoe genoopt is de tandheelkundige te raadplegen voor een aandoening die geen verband houdt met de behandeling welke aan de gang is en buiten het opgemaakte behandelingsprogramma valt, mag de raadpleging op hetzelfde getuigschrift worden vermeld en mag verzekeringstegemoetkoming worden toegekend.

Indien daarentegen de rechthebbende de tandheelkundige raadpleegt om een reden die deel uitmaakt van de behandeling, mag de verzekeringstegemoetkoming voor die raadpleging niet worden toegekend.

HEELKUNDIGE EXTRACTIES
VRAAG 1

Een O.R.L. verricht geregeld tandextracties bij patiënten die hem worden gestuurd door tandartsen.

Mag er verzekeringstegemoetkoming worden verleend voor die extracties ?

ANTWOORD

De tandextracties opgenomen onder de nrs. 303170 – 303181 en 303214 – 303225 verricht onder lokale of algemene anesthesie door een geneesheer-specialist mogen slechts voor verzekeringstegemoetkoming in aanmerking komen als die geneesheer houder is van het diploma van licentiaat in de tandheelkunde of van het diploma van doctor in de genees-, heel-, en verloskunde, uitgereikt onder het stelsel van de wetten van voor die van 21 mei 1929.

VRAAG 2

Hoe moet de extractie van een tandwordtel worden geattesteerd ?

ANTWOORD

De extractie van een tandwortel wordt gelijkgesteld met een eenvoudige tandextractie en mag derhalve niet worden geattesteerd; ofwel kan ze bestaan uit een extractie met botresectie en dan mag ze worden geattesteerd, voor zover zij beantwoordt aan de gestelde criteria van de heelkundige extractie. Ze mag in geen geval worden gelijkgesteld met een extractie van geïmpacteerd tanden (317236 - 317240).

CONSERVERENDE VERZORGING
VRAAG 1

Wat omvatten de verstrekkingen "behandeling en vulling van één of meerdere wortelkanalen" van éénzelfde tand ?

ANTWOORD

De verstrekkingen "behandeling en vulling van één of meerdere wortelkanalen van éénzelfde tand" beperken zich tot de preparatie en de vulling van één of meerdere wortelkanalen van éénzelfde tand en een controleradiografie die aantoont dat de verstrekking volgens de vereisten werd uitgevoerd.

TANDPROTHESEN
VRAAG 1

Welke verstrekking kan worden geattesteerd wanneer een tand opnieuw wordt geplaatst of vervangen ?

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

[C – 2001/22770]

Institut national d'assurance maladie-invalidité
**Règles interprétatives de la nomenclature
des prestations de santé**

Sur proposition du Conseil technique dentaire des 11 janvier 2001, 8 mars 2001 et 10 mai 2001 et en application de l'article 22, 4^obis, 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 a établi le 3 septembre 2001 les règles interprétatives suivantes :

Règles interprétatives relatives aux prestations de les articles 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé :

REGLES INTERPRETATIVES
CONSULTATIONS
QUESTION 1

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour la prestation 301011 * Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitair N 5, lorsque celle-ci figure conjointement avec un traitement sur une attestation de soins donnés?

REPONSE

En vertu des dispositions de l'article 6, § 1^{er}, de la nomenclature, les honoraires pour les soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations effectuées entre les dates de début et de fin de traitement portées sur l'attestation de soins donnés.

Si le bénéficiaire est amené à consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'est pas en rapport avec le traitement en cours et en dehors du programme de traitement établi, la consultation peut figurer sur la même attestation de soins donnés et l'intervention de l'assurance est accordée.

Par contre, si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison en relation avec le traitement, l'intervention pour cette consultation ne peut pas être accordée.

EXTRACTIONS CHIRURGICALES
QUESTION 1

Un O.R.L. effectue régulièrement des extractions dentaires chez des patients qui lui sont envoyés par des dentistes.

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour ces extractions ?

REPONSE

Les extractions dentaires reprises sous les numéros 303170-303181 et 303214-303225 effectuées sous anesthésie locale ou générale par un médecin spécialiste ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance sauf si ce médecin est porteur d'un diplôme de licencié en science dentaire ou du diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, délivré sous le régime des lois antérieures à celles du 21 mai 1929.

QUESTION 2

Comment peut-on attester l'extraction d'une racine dentaire ?

REPONSE

L'extraction d'une racine dentaire est assimilée à une extraction dentaire simple, et dans ces conditions, elle n'est pas attestable; ou elle peut consister en une extraction avec résection osseuse, et est dès lors attestable si les critères définissant l'extraction chirurgicale sont respectés. En aucun cas, elle ne peut être assimilée à une extraction de dent incluse (317236 - 317240).

SOINS CONSERVATEURS
QUESTION 1

A quoi correspondent les prestations «traitement et obturation d'un canal ou des canaux» d'une même dent ?

REPONSE

Les prestations «traitement et obturation d'un canal ou de plusieurs canaux d'une même dent» se limitent à la préparation et l'obturation d'un canal ou des canaux d'une même dent et à une radiographie de contrôle démontrant que la prestation a été effectuée conformément aux exigences.

PROTHESES DENTAIRES
QUESTION 1

Quelle prestation peut-on attester lorsqu'on remplace ou remplace une dent ?

ANTWOORD

Wanneer een tand die uit een tandprothese is losgekomen of die gebroken is, opnieuw wordt geplaatst of vervangen, kan de verstrekking "herstelling van een prothese" worden geattesteerd. De verstrekking "herstelling van een prothese" beoogt elke herstelling van een prothese, ongeacht of het gaat om het herstellen van de plaat, het herstellen of vervangen van een klem, het opnieuw plaatsen van een losgekomen tand, het vernieuwen van een gebroken tand, enz.

De verstrekking "bijplaatsen van een tand op een bestaande prothese" beoogt de gevallen waarin op een bestaande tandprothese een bijkomende tand wordt geplaatst.

VRAAG 2

Moeten de voorwaarden inzake toekenning van een tandprothese in aanmerking worden genomen in geval van bijplaatsen van (een) tand(en), herstellen van een prothese of vervangen van haar basis? Speelt het feit dat voor de bestaande prothese al dan niet een verzekeringstegemoetkoming werd verleend een rol?

ANTWOORD

De verzekeringstegemoetkoming voor het bijplaatsen van (een) tand(en), herstellen van een prothese of het vervangen van haar basis is afhankelijk van de voorwaarde vereist dat aan alle voorwaarden van artikel 6, § 5, A I van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voor partiële prothesen van 1 tot 11 tanden of aan artikel 6, § 5, B, lid 3 van de hogervernoemde nomenclatuur voor de partiële prothesen van 12 en 13 en de volledige prothese voldaan is.

Het feit dat voor de prothese, waarop het bijplaatsen van (een) tand(en), de herstelling of het vervangen van haar basis gebeurt geen verzekeringstegemoetkoming werd verleend, heeft geen invloed op de verzekeringstegemoetkoming van de hogervernoemde verstrekkingen.

VRAAG 3

Hoe moet de verstrekkingen "bijvoegen van tanden, herstellen van een prothese en vervangen van de basis" op het getuigschrift voor verstrekte hulp worden ingevuld?

ANTWOORD

De nomenclatuurnummers van de uitgevoerde verstrekkingen moeten op het getuigschrift voor verstrekte hulp worden vermeld gevolgd door de vermelding van het nomenclatuurnummer van de prothese zoals ze was voor deze verstrekkingen.

VRAAG 4

Mag een toevoeging van kunsthars in situ aan de basis van een tandprothese worden geattesteerd onder de nrs. 308313 - 308324, 307156 - 307160 en 306950 - 306961? (Omschrijving van de verstrekkingen - "Honorarium voor het vervangen van de basis is gelijk aan 30 pct. van het honorarium vastgesteld voor de prothese").

ANTWOORD

Neen, de toevoeging van kunsthars in situ aan de basis van een tandprothese mag niet worden geattesteerd onder de nrs. 308313-308324, 307156 - 307160 en 306950 - 306961.

Deze verstrekking mag geattesteerd worden, naargelang het geval, onder de nrs. 308291 - 308302, 306994 - 307005 en 307171 - 307182 ("Herstellen van prothese : maximum per prothese en per kalenderjaar L 61,5").

VRAAG 5

Een verzekerde wenst een vroeger vervaardigde partiële prothese aan te vullen. Op welke basis moet het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming worden berekend?

ANTWOORD

Als het gaat om een bijplaatsing van tanden op een partiële prothese van 1 tot 11 tanden moet de rechthebbende voldoen aan de voorwaarden zoals bepaald in artikel 6, § 5, A, I.

De verzekeringstegemoetkoming bedraagt L 85 voor de toevoeging van een eerste tand en L 24,5 voor de toevoeging van iedere volgende tand.

De totale verzekeringstegemoetkoming voor de prothese en het bijplaatsen van tanden is echter per kaak en voor een periode van zeven jaar te rekenen vanaf datum van de plaatsing van de oorspronkelijke prothese beperkt tot :

— L 526 als de rechthebbende ten minste 50 jaar en ten hoogste 59 jaar oud is;

— L 600 als de rechthebbende ten minste 60 jaar oud is;

— L 600 als de rechthebbende beantwoordt aan de voorwaarden welke een afwijking op de leeftijdsgrens toelaten.

De nomenclatuur voorziet geen verzekeringstegemoetkoming voor het bijplaatsen van (een) tand(en) op een partiële prothese van 12 tot 13 tanden.

REPONSE

Lorsqu'une dent détachée est remplacée sur la prothèse ou lorsqu'une dent est remplacée sur la prothèse, la prestation «réparation de prothèse» peut être attestée. La prestation «réparation de prothèse» vise toute réparation de prothèse, indépendamment du fait qu'il s'agit de la réparation de la base, de la réparation ou remplacement d'un crochet, du remplacement d'une dent détachée, du renouvellement d'une dent cassée, etc.

La prestation « Adjonction d'une dent à une prothèse existante » concerne les cas où une dent supplémentaire est placée sur une prothèse dentaire existante.

QUESTION 2

Les conditions d'octroi d'une prothèse dentaire doivent-elles entrer en compte en cas d'adjonction de dent(s), de réparation de prothèse, de rebasage? Le fait que la prothèse existante a été remboursée ou non intervient-il?

REPONSE

L'intervention de l'assurance pour l'adjonction d'une dent (de dents), pour la réparation d'une prothèse ou pour son rebasage est conditionnée par toutes les exigences énoncées dans l'article 6, § 5, A I de la nomenclature des prestations de santé, pour les prothèses partielles de 1 à 11 dents, ou dans l'article 6, § 5, B, 3^e alinéa de la nomenclature précitée, pour les prothèses partielles de 12 et 13 dents ainsi que pour la prothèse totale.

Le fait que la prothèse qui a fait l'objet de l'adjonction d'une dent (de dents), d'une réparation ou d'un rebasage n'a pas donné lieu à une intervention de l'assurance, n'influence pas l'intervention de l'assurance pour les actes dont il est question ci-dessus.

QUESTION 3

De quelle manière les prestations « Adjonction de dents, réparation de prothèse et remplacement de la base » doivent-elles être indiquées sur l'attestation de soins donnés?

REPONSE

Il y a lieu de mentionner sur l'attestation de soins donnés les codes de nomenclature des prestations effectuées, suivis du code nomenclature de la prothèse telle qu'elle existait avant ces prestations.

QUESTION 4

Un apport de résine sur la base d'une prothèse dentaire peut-il être attesté sous les n^{os} 308313 - 308324, 307156 - 307160 et 306950 - 306961? (Libellé des prestations - « Les honoraires pour le remplacement de la base sont équivalents à 30 pc. des honoraires prévus pour la prothèse »).

REPONSE

Non, l'apport de résine in situ sur la base d'une prothèse dentaire ne peut être attesté sous les n^{os} 308313- 308324, 307156 - 307160 et 306950 - 306961.

Cette prestation peut être attestée dans ce cas sous les n^{os} 308291 - 308302, 306994 - 307005 et 307171 - 307182 ("Réparation de prothèse : maximum par prothèse et par année civile - L 61,5")

QUESTION 5

Un assuré désire compléter une prothèse partielle existante. Sur quelle base le montant de l'intervention de l'assurance doit-il être calculé?

REPONSE

Lorsqu'il s'agit d'adjonction de dent(s) sur une prothèse partielle de 1 à 11 dents, le bénéficiaire doit répondre aux conditions mentionnées à l'art. 6 § 5, A, I.

L'intervention de l'assurance s'élève à L 85 pour l'adjonction de la première dent et à L 24,5 pour l'adjonction de chaque dent supplémentaire.

L'intervention totale de l'assurance pour la prothèse et l'adjonction de dent(s) est toutefois limitée par mâchoire et par période de sept ans à compter de la date du placement de la prothèse initiale, à :

— L 526 si le bénéficiaire a au moins 50 ans et au plus 59 ans;

— L 600 si le bénéficiaire a au moins 60 ans;

— L 600 si le bénéficiaire répond aux conditions d'une dérogation à la limite d'âge.

La nomenclature ne prévoit pas d'intervention de l'assurance pour adjonction de dent(s) sur une prothèse partielle de 12 ou 13 dents.

ORTHODONTISCHE BEHANDELINGEN

VRAAG 1

Bij een orthodontische behandeling wordt soms een beroep gedaan op de diensten van een logopedist, wiens werkzaamheden geschieden onder toezicht van een licentiaat in de tandheelkunde en die plaats hebben buiten de maandelijkse zitting waarin onder nr. 305616 – 305620 is voorzien; de licentiaat verricht persoonlijk sommige metingen bij de aanvang van een logopediezitting.

Mag dat werk worden gelijkgesteld met een raadpleging (nr. 301011) ?

ANTWOORD

De vaste maandbedragen betaald voor de orthodontische behandeling onder de nummers 305616 – 305620 en 305653 – 305664 dekken alle zittingen die nodig zijn voor de orthodontische behandeling.

De verstrekking nr. 301011 mag in het gestelde geval niet worden geattesteerd en mag derhalve geen verzekeringstegemoetkoming genieten.

VRAAG 2

Mag een orthodontische behandeling waarvoor geen verzekeringsstegemoetkoming wordt toegekend, worden getarifeerd onder de nummers 301011 * Raadpleging in de spreekkamer van een licentiaat in de tandheelkunde of van een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift, 101054 * Raadpleging in de spreekkamer van een geneesheer, houder van het diploma van licentiaat in de tandheelkunde (TL) of 102012 * Raadpleging, in zijn spreekkamer, van een ander geneesheer-specialist ?

ANTWOORD

De verstrekkingen nrs. 301011, 101054 en 102012 mogen niet geattesteerd worden voor een zitting voor orthodontische behandeling, ongeacht of die behandeling al dan niet voor verzekeringstegemoetkoming in aanmerking komt.

VRAAG 3

Mag voor verstrekking nr. 305830 - 305841 * Orthodontisch advies of orthodontisch onderzoek, met verslag een verzekeringstegemoetkoming worden verleend wanneer een orthodontische behandeling wordt uitgevoerd bij een kind, ouder dan 14 jaar.

ANTWOORD

Voor de verstrekking nr; 305830 – 305841 mag na de 14de verjaardag verzekeringstegemoetkoming worden verleend wanneer deze in rekening wordt gebracht tijdens het verloop van een orthodontische behandeling, voor dewelke toelating voor verzekeringstegemoetkoming werd verleend.

VRAAG 4

Wat moet men verstaan onder de termen "geobjectiveerde congenitale groeistoornissen" die zijn opgenomen in artikel 6, § 8, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen ?

ANTWOORD

De afwijkingen van de leeftijdsgrens voor uitzonderlijke gevallen van geobjectiveerde congenitale groeistoornissen, betreffen aandoeningen die op geen enkele wijze op het ogenblik van de diagnose en dus voor het 14de jaar met zekerheid kunnen laten vaststellen of een orthodontische behandeling nodig zal zijn.

Hierin verschilt de veralgemeende congenitale groeistoornis dus van de congenitale lokale stomatologische ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld lip- en gehemeltepleet) waar zich de facto een orthodontische behandeling opdringt welke derhalve steeds voor het 14de jaar moet worden aangevraagd.

Het aspect veralgemeende groeistoornis en het niet voorzienbaar karakter van deze uitzonderingssituatie maken dus het onderscheid uit ten opzichte van andere laattijdige aanvragen voor orthodontische behandeling.

Het omstandig verslag waarin uitdrukkelijk het motief wordt uiteengezet, moet worden opgemaakt door de geneesheer-specialist die de groeistoornis behandelt en niet door de behandelende tandarts, noch door de algemeen geneeskundige noch door de geneesheer-stomatoloog die geen van allen de patiënt behandelde voor veralgemeende groeistoornissen.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing 10 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de interpretatieregels opgenomen in de rubriek 302 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De Leidend ambtenaar,

Fr. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

QUESTION 1

Lors d'un traitement orthodontique, l'on a parfois recours aux services d'un logopède dont les travaux sont supervisés par le licencié en science dentaire et ont lieu en plus de la séance mensuelle prévue sous le n° 305616 - 305620; le licencié prend personnellement certaines mensurations au début d'une séance de logopédie.

Peut-on assimiler ce travail à une consultation (301011) ?

REPONSE

Les forfaits mensuels payés pour le traitement orthodontique sous les n^{os} 305616-305620, 305653-305664, 305852-305863 et 305896-305900 couvrent tous les séances nécessaires au traitement orthodontique

La prestation n° 301011 ne peut être attestée dans le cas précité et ne peut donc faire l'objet d'une intervention de l'assurance.

QUESTION 2

Un traitement orthodontique ne donnant pas lieu à une intervention par l'assurance peut-il être tarifé sous les n°s 301011 * Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitare, 101054 * Consultation au cabinet du médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL) ou 102012 * Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste ?

REPONSE

Les prestations n°s 301011, 101054 et 102012 ne peuvent pas être attestées pour une séance de traitement orthodontique, que ce traitement entre en ligne de compte ou non pour une intervention de l'assurance.

QUESTION 3

La prestation n° 305830 - 305841 * Avis ou examen orthodontique, avec rapport peut-elle faire l'objet d'une intervention de l'assurance lorsqu'un traitement orthodontique est effectué chez un enfant âgé de plus de 14 ans ?

REPONSE

La prestation n° 305830 - 305841 peut donner lieu à l'intervention de l'assurance après le 14^e anniversaire lorsque celle-ci est attestée dans le courant d'un traitement orthodontique pour lequel une autorisation d'intervention de l'assurance a été obtenue.

QUESTION 4

Que fait-il entendre par les termes « troubles congénitaux de la croissance objectivés... » mentionnés à l'article 6, § 8, de la nomenclature des prestations de santé ?

REPONSE

Les dérogations à la limite d'âge pour des cas exceptionnels de troubles congénitaux objectivés de la croissance, concernant les affections qui, au moment du diagnostic et donc avant le 14^e anniversaire, ne laissent d'aucune manière présager avec certitude qu'un traitement orthodontique sera nécessaire.

En cela, le trouble congénital généralisé de la croissance diffère donc des troubles congénitaux stomatologiques locaux du développement (par exemple, fente labiale et palatine), où un traitement orthodontique s'impose de facto et doit dès lors toujours être demandé avant la quatorzième année.

Ce sont donc l'aspect de trouble généralisé de la croissance et le caractère non prévisible de cette situation d'exception qui la distinguent des autres cas de demandes tardives de traitement orthodontique.

Le rapport circonstancié explicitant la motivation doit être établi par le médecin spécialiste qui traite le trouble de la croissance et non par le dentiste traitant, ni par le médecin de médecine générale, ni par le médecin stomatologue, dont aucun ne traite le patient pour des troubles de croissance généralisés.

Les règles interprétatives précitées sont d'application 10 jours après leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives reprises dans la rubrique 302 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Fr. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.