

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 februari 2018.

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

Gegeven te Brussel, 7 januari 2018.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} février 2018.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 7 janvier 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2018/30003]

7 JANUARI 2018. — 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 programma-wet (I) van 26 december 2013 en § 2, alinea 1, 2^o gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Technische tandheelkundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 16 februari en 27 april 2017;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gegeven op 16 februari en 27 april 2017;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziektenfondsen van 23 maart en 16 mei 2017;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 19 april en 24 mei 2017 ;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 24 april en 29 mei 2017 ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van financiën, gegeven op 1 juni en 3 juli 2017;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 6 en 7 november 2017;

Gelet op de adviezen 62.436/2 en 62.470/2 van de Raad van State, beiden gegeven op 4 december 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 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 29 november 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o § 1 wordt gewijzigd als volgt :

a) In de rubriek « conserverende verzorging » wordt de toepassingsregel na de verstrekking 374356-374360 vervangen als volgt:

« De verstrekking 374356-374360 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 374312-374323, 374533-374544, 374555-374566, 374570-374581, 374754-374765, 374776-374780, 375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 en 375071-375082 op dezelfde tand en tijdens dezelfde zitting.

Vermits de verstrekking 374356-374360 maar eenmaal per tand kan uitgevoerd worden, is de verzekeringstegemoetkoming slechts eenmaal per tand verschuldigd. »

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2018/30003]

7 JANVIER 2018. — Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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

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 la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 et § 2, alinéa 1^{er}, 2^o, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

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

Vu la proposition du Conseil technique dentaire formulée au cours de sa réunion du 16 février et 27 avril 2017;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité donné le 16 février et 27 avril 2017;

Vu la décision de la Commission nationale dento-mutualiste en date du 23 mars et 16 mai 2017 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 19 avril et 24 mai 2017 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 24 avril et 29 mai 2017 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances, donné le 1 juin et 3 juillet 2017 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 6 et 7 novembre 2017 ;

Vu les avis 62.436/2 et 62.470/2 du Conseil d'État, donné le 4 décembre 2017, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. À 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 29 novembre 2017, sont apportées les modifications suivantes :

1^o § 1 est modifié comme suit :

a) dans la rubrique « Soins conservateurs » la règle d'application après la prestation 374356-374360 est remplacée comme suite:

« La prestation 374356-374360 ne peut être cumulée avec les prestations 374312-374323, 374533-374544, 374555-374566, 374570-374581, 374754-374765, 374776-374780, 375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 et 375071-375082 sur la même dent et pendant la même séance.

Puisque la prestation 374356-374360 ne peut être effectuée qu'une seule fois par dent, l'intervention de l'assurance n'est due qu'une seule fois par dent. »

b) In de rubriek « conserverende verzorging » worden na de verstrekking 374570-374581 de volgende toepassingsregels en verstrekkingen ingevoegd:

« Per tand komt slechts één van de verstrekkingen 374312-374323, 374533-374544, 374555-374566 en 374570-374581 in aanmerking voor tegemoetkoming, en slechts eenmaal.

375012-375023

** Herbehandeling en vulling van één wortelkanaal van een tand bij een rechthebbende, tot de 18e verjaardag L 44

P 7

375034-375045

** Herbehandeling en vulling van twee wortelkanalen van éénzelfde tand bij een rechthebbende, tot de 18e verjaardag L 53

P 8

375056-375060

** Herbehandeling en vulling van drie wortelkanalen van éénzelfde tand bij een rechthebbende, tot de 18e verjaardag L 80

P 12

375071-375082

** Herbehandeling en vulling van vier of meer wortelkanalen van éénzelfde tand bij een rechthebbende, tot de 18e verjaardag L 106

P 16

Per tand komt slechts één van de verstrekkingen 375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 en 375071-375082 in aanmerking voor tegemoetkoming, en slechts eenmaal. »

c) In de rubriek « Radiografieën » wordt de omschrijving de verstrekking 377090-377101 vervangen als volgt:

« 377090-377101

Radiografisch panoramisch onderzoek van beide kaakbeenderen, ongeacht het aantal clichés, vanaf de 7e tot de 18e verjaardag N 41

P 6 »

d) In de rubriek « Radiografieën » wordt de omschrijving de verstrekking 377274-377285 wordt vervangen als volgt:

« 377274-377285

Radiografisch panoramisch onderzoek van beide kaakbeenderen, na een extern oro-faciaal trauma, ongeacht het aantal clichés, tot de 18e verjaardag N 41

P 6 »

2° § 2 wordt gewijzigd als volgt :

a) In de rubriek « conserverende verzorging » worden na de verstrekking 304570-304581 de volgende toepassingsregels en verstrekkingen ingevoegd:

« Indien voor een tand voorheen geen verstrekking 374312-374323, 374533-374544, 374555-374566, 374570-374581, 375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 en 375071-375082 vergoed werd, komt per tand slechts één van de verstrekkingen 304312-304323, 304533-304544, 304555-304566 en 304570-304581 in aanmerking voor tegemoetkoming en slechts eenmaal.

305012-305023

** Herbehandeling en vulling van één wortelkanaal van een tand bij een rechthebbende, vanaf de 18e verjaardag L 44

P 7

305034-305045

** Herbehandeling en vulling van twee wortelkanalen van éénzelfde tand bij een rechthebbende, vanaf de 18e verjaardag L 53

P 8

305056-305060

** Herbehandeling en vulling van drie wortelkanalen van éénzelfde tand bij een rechthebbende, tot de 18e verjaardag L 80

P 12

305071-305082

** Herbehandeling en vulling van vier of meer wortelkanalen van éénzelfde tand bij een rechthebbende, vanaf de 18e verjaardag . L 106

P 16

b) dans la rubrique « Soins conservateurs » les règles d'applications et prestations suivantes sont insérées après la prestation 374570-374581:

« Par dent, seulement une des prestations 374312-374323, 374533-374544, 374555-374566 et 374570-374581 entre en ligne de compte pour un remboursement, et seulement une fois.

375012-375023

** Retraitement et obturation d'un canal d'une dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 44

P 7

375034-375045

** Retraitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 53

P 8

375056-375060

** Retraitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 80

P 12

375071-375082

** Retraitement et obturation de quatre canaux ou plus de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 106

P 16

Par dent, seulement une des prestations 375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 en 375071-375082 entre en ligne de compte pour un remboursement, et seulement une fois. »

c) dans la rubrique « Radiographies » la description de la prestation 377090-377101 est remplacée comme suite :

« 377090-377101

Examen radiographique panoramique des deux mâchoires, quel que soit le nombre de clichés, à partir du 7e jusqu'au 18e anniversaire . N 41

P 6 »

d) dans la rubrique « Radiographies » la description de la prestation 377274-377285 est remplacée comme suite :

« 377274-377285

Examen radiographique panoramique des deux mâchoires, après un trauma externe de la sphère oro-faciale, quel que soit le nombre de clichés, jusqu'au 18e anniversaire N 41

P 6 »

2° § 2 est modifié comme suit :

a) dans la rubrique « Soins conservateurs » les règles d'applications et prestations suivantes sont insérées après la prestation 304570-304581:

« Si auparavant, pour une dent, aucune prestation 374312-374323, 374533-374544, 374555-374566, 374570-374581, 375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 et 375071-375082 n'a été remboursée, seulement une des prestations 304312-304323, 304533-304544, 304555-304566 et 304570-304581 entre en ligne de compte pour une intervention et seulement une fois par dent.

305012-305023

** Retraitement et obturation d'un canal d'une dent, chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 44

P 7

305034-305045

** Retraitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 53

P 8

305056-305060

** Retraitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 80

P 12

305071-305082

** Retraitement et obturation de quatre canaux ou plus de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 106

P 16

Indien voor een tand voorheen geen verstrekking 375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 en 375071-375082 vergoed werd, komt per tand slechts één van de verstrekkingen 305012-305023, 305034-305045, 305056-305060, 305071-305082 in aanmerking voor tegemoetkoming en slechts éénmaal. »

b) In de rubriek « Radiografieën » wordt de omschrijving van de verstrekking 307090-307101 vervangen als volgt:

« 307090-307101

Radiografisch panoramisch onderzoek van beide kaakbeenderen, ongeacht het aantal clichés, vanaf de 18e verjaardag N 41

P 6 »

c) In de rubriek « Radiografieën » wordt de omschrijving van de verstrekking 307274-307285 vervangen als volgt:

« 307274-307285

Radiografisch panoramisch onderzoek van beide kaakbeenderen, na een extern oro-faciaal trauma, ongeacht het aantal clichés, vanaf de 18e verjaardag N 41

P 6 »

3° § 4 wordt vervangen als volgt :

« § 4. BIJKOMEND HONORARIUM VOOR DE DRINGENDE VERSTREKKINGEN.

389631-389642

Bijkomend honorarium voor een prestatie 374850-374861, 374872-374883, 304850-304861, 304872-304883, 304894-304905, 304916-304920, 377274-377285, 307274-307285, 371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221, per verstrekking L 20

P 2

389653-389664

Bijkomend honorarium voor een prestatie 377031-377041, 307031-307042, 374931- 374942, 304931-304942 of 317192-317203, per verstrekking L 12

P 1 »

Art. 2. In artikel 6 van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 november 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° § 2^{ter} wordt vervangen als volgt :

« § 2^{ter}. Het bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen kan enkel aangerekend worden :

— 's nachts van 21 uur tot 8 uur;

— op een zaterdag, zondag of een feestdag van 8 uur tot 21 uur;

— op een brugdag van 8 uur tot 21 uur, tijdens een georganiseerde wachtdienst.

De feestdagen die in aanmerking worden genomen, zijn : 1 januari, Paasmaandag, 1 mei, Hemelvaartsdag, Pinkstermaandag, 21 juli, 15 augustus, 1 november, 11 november, 25 december.

De brugdagen die in aanmerking worden genomen, evenals voor de verstrekkingen 371055-371066 en 301055-301066, zijn deze vastgelegd door het Verzekeringscomité op voorstel van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen. De georganiseerde wachtdienst op deze brugdagen dient te beantwoorden aan de bepalingen van artikel 28, § 1 en § 2, van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Het bijkomend honorarium voor een dringende verstrekking of raadpleging mag alleen maar worden aangerekend in de gevallen waarin de toestand van de patiënt vergt dat die verzorging of raadpleging dringend wordt verleend tijdens de opgegeven uren en dagen, en niet kan worden uitgesteld. Dat bijkomend honorarium mag niet worden aangerekend wanneer de verstrekking of raadpleging tijdens de opgegeven dagen en uren worden verricht om persoonlijke redenen van de tandheelkundige of ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.

Behalve in het kader van een georganiseerde wachtdienst zoals bedoeld in het derde lid, mogen de supplementen die worden vermeld onder de nomenclatuurcodenummers 301055-301066, 301070-301081, 371055-371066 en 371070-371081 en de supplementen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 5, § 4 van de nomenclatuur niet aan de verzekering worden aangerekend wanneer het bekendgemaakte zorgaanbod zo is georganiseerd dat het de in het eerste en tweede lid van deze paragraaf vermelde openingsuren dekt. »

Si auparavant, pour une dent, aucune prestation 375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 et 375071-375082 n'a été remboursée, seulement une des prestations 305012-305023, 305034-305045, 305056-305060, 305071-305082 entre en ligne de compte pour une intervention et seulement une fois par dent. »

b) dans la rubrique « Radiographies » la description de la prestation 307090-307101 est remplacée comme suite :

« 307090-307101

Examen radiographique panoramique des deux mâchoires, quel que soit le nombre de clichés, à partir du 18e anniversaire N 41

P 6 »

c) dans la rubrique « Radiographies » la description de la prestation 307274-307285 est remplacée comme suite :

« 307274-307285

Examen radiographique panoramique des deux mâchoires, après un trauma externe de la sphère oro-faciale, quel que soit le nombre de clichés, à partir du 18e anniversaire N 41

P 6 »

3° § 4 est remplacé comme suit :

« § 4. SUPPLEMENT D'HONORAIRES POUR PRESTATIONS URGENTES.

389631-389642

Honoraires complémentaires pour une prestation 374850-374861, 374872-374883, 304850-304861, 304872-304883, 304894-304905, 304916-304920, 377274-377285 ou 307274-307285, 371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221, par prestation L 20

P 2

389653-389664

Honoraires complémentaires pour une prestation 377031-3770421, 307031-307041, 374931- 374942, 304931-304942 ou 317192-317203, par prestation L 12

P 1 »

Art. 2. Dans l'article 6 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 29 novembre 2017, les modifications suivantes sont apportées :

1° § 2^{ter} est remplacé comme suit :

« § 2^{ter}. Le supplément d'honoraires pour les prestations urgentes peut uniquement être attesté :

— la nuit de 21 heures à 8 heures;

— un samedi, dimanche ou jour férié de 8 heures à 21 heures;

— lors d'un pont de 8 heures à 21 heures, pendant un service de garde organisé.

Les jours fériés qui entrent en ligne de compte sont les suivants : 1^{er} janvier, lundi de Pâques, 1^{er} mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1^{er} novembre, 11 novembre et 25 décembre.

Les ponts qui entrent en ligne de compte, tout comme pour les prestations 371055-371066 et 301055-301066, sont ceux fixés par le Comité de l'assurance sur la proposition de la Commission nationale dento-mutualiste. Le service de garde organisé lors de ces ponts doit répondre aux dispositions de l'article 28, §§ 1^{er} et 2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Le supplément d'honoraires pour une prestation urgente ou consultation ne peut être porté en compte que dans les cas où l'état du patient nécessite que ces soins ou cette consultation soient effectués d'urgence pendant les heures et jours mentionnés et ne peuvent être reportés. Ce supplément ne peut être porté en compte lorsque la prestation ou la consultation est effectuée pendant les jours et heures mentionnés, pour des raisons personnelles du praticien de l'art dentaire ou par suite d'exigence particulière du patient.

Sauf dans le cadre d'un service de garde organisé tel que visé à l'alinéa 3, les suppléments prévus sous les numéros de code 301055-301066, 301070-301081, 371055-371066 et 371070-371081 ainsi que les suppléments pour prestations visés à l'article 5, § 4 de la nomenclature ne peuvent être portés en compte à l'assurance lorsque l'offre de soins telle que rendue publique est organisée en sorte de couvrir les plages horaires définies aux alinéas 1 et 2 de ce paragraphe. »

2° § 3 bis. wordt aangevuld met volgende toepassingsregel:

« Een tand kan slechts eenmaal geëxtraheerd worden. Dit sluit verdere terugbetaling van conserverende verzorging en extracties uit op diezelfde tandlocatie. »

3° § 4 bis. wordt aangevuld met volgende toepassingsregels:

« Iedere tand komt per kalenderjaar maximaal tweemaal in aanmerking voor tegemoetkoming van de vulling van caviteiten op een 1, 2 of 3 tandvlakken en/of de opbouw van een knobbel, incisale rand of volledige kroon. »

« Voor de vullingen van caviteiten op een 1, 2 of 3 tandvlakken en/of de opbouw van een knobbel, incisale rand of volledige kroon is de vermelding van de behandelde vlakken in het dossier van de patiënt vereist. »

4° § 17 wordt vervangen als volgt:

« § 17. Radiografieën

1. Algemeen.

De radiografische verstrekkingen zijn voorbehouden voor practici die voldoen aan de reglementaire verplichtingen bepaald in of op grond van de wet van 15 april 1994 betreffende de bescherming van de bevolking en van het leefmilieu tegen de uit ioniserende stralingen voortvloeiende gevaren en betreffende het Federaal Agentschap voor Nucleaire controle en de bijhorende uitvoeringsbesluiten.

Om te laten vaststellen dat de verplichtingen bedoeld in het eerste lid worden nageleefd moeten de practici op elk verzoek van de geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een bewijs voorleggen dat ze vergund zijn voor het gebruik van de röntgentoestellen voor tandheelkundige diagnose, dat de inrichting waarin verstrekkingen worden uitgevoerd het onderwerp uitmaakt van een gunstig proces-verbaal van oplevering, dat deze inrichting, evenals de toestellen de verplichte periodieke controles hebben ondergaan en dat de inrichting evenals de toestellen beantwoorden aan de van toepassing zijnde bepalingen uit de reglementering betreffende de ioniserende stralingen en de oprichtings- en exploitatievergunning.

Onder verschillend cliché moet worden verstaan, het radiologisch beeld dat tijdens een morfologisch onderzoek uit een andere invalshoek of op een ander ogenblik in de loop van een functioneel onderzoek (zelfde of andere invalshoek) wordt genomen en in analoge of gedigitaliseerde vorm op een magnetische of optische of andere drager vastgelegd.

Het opgegeven aantal clichés is het minimum dat is vereist voor een deugdelijk onderzoek, onder dat minimum zijn de honoraria voor de verstrekking niet meer verschuldigd op basis van dat nomenclatuurnummer.

Voor de radiologische verstrekkingen waarbij het aantal clichés niet is opgegeven, betekenen de omschrijvingen het volledig onderzoek, ongeacht het aantal clichés.

De digitale gegevens van de prestatie 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263 dienen in het dossier van de patiënt bewaard te worden en een kopie kan door de adviserend geneesheer of Technisch tandheelkundige Raad opgevraagd worden.

2. Cumul en toegang.

De honoraria voor de verstrekkingen 377112 - 377123, 377134 - 377145, 307112 - 307123 en 307134 - 307145 mogen evenwel niet worden gecumuleerd met de honoraria voor de verstrekking 455630 - 455641.

De honoraria voor de verstrekkingen 377230-377241, 307230-307241 en 307252-307263 mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor de radiologische verstrekkingen uit de artikelen 5, 17 en 17ter van deze nomenclatuur.

De verstrekkingen 377090-377101, 377112-377123, 377134-377145, 377230-377241, 377274-377285, 307090-307101, 307112-307123, 307134-307145, 307230-307241, 307252-307263 en 307274-307285 worden eveneens gehonoreerd wanneer ze worden verricht door een als geneesheer-specialist voor radiologie erkend geneesheer, onder de voorwaarden gesteld in artikel 17.

3. Voorschrijven tandheelkundige radiografieën.

Om te mogen worden aangerekend, moeten de verstrekkingen uit artikel 5 van de nomenclatuur die op voorschrift worden uitgevoerd, aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° zij moeten zijn voorgeschreven door een tandheelkundige die de patiënt in behandeling heeft;

2° op het voorschrift worden vermeld :

- a) de naam, voorna(a)m(en), geboortedatum en geslacht van patiënt;
- b) de relevante klinische inlichtingen;

2° § 3 bis. est complété par la règle d'application suivante:

« Une dent ne peut être extraite qu'une fois et cela exclut tout remboursement ultérieur de soins dentaires conservateurs et d'extractions dentaires pour cette localisation dentaire. »

3° § 4 bis. est complété par les règles d'applications suivantes:

« Chaque dent entre en ligne de compte maximum 2 fois par année civile pour l'intervention de l'obturation des cavités sur 1, 2 ou 3 faces d'une dent et/ou d'une restauration de cuspidé, d'un bord incisal ou d'une couronne complète. »

« Pour les obturations des cavités sur 1, 2 ou 3 faces d'une dent et/ou d'une restauration de cuspidé, d'un bord incisal ou d'une couronne complète, la mention des faces traitées est requise dans le dossier du patient. »

4° § 17 est remplacé comme suit:

§ 17. Radiographies

1. Général.

Les prestations radiographiques sont réservées aux praticiens qui satisfont aux obligations réglementaires énoncées dans ou en vertu de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire.

Pour établir que les obligations visées au premier alinéa sont respectées, les praticiens sont tenus de produire, à toute demande des médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, une preuve qu'ils disposent de l'autorisation nécessaire pour l'utilisation des appareils à rayons X pour le diagnostic dentaire, que l'appareil avec lequel les prestations sont effectuées a fait l'objet d'un procès-verbal de réception favorable, que cet établissement, ainsi que les appareils ont fait l'objet de contrôles périodiques et que l'établissement ainsi que les appareils sont conformes aux dispositions applicables de la réglementation concernant les rayonnements ionisants et l'autorisation de création et d'exploitation.

Par cliché différent, il faut entendre l'image radiologique prise sous une autre incidence au cours d'un examen morphologique ou bien à un autre moment (incidence identique ou incidence différente) au cours d'un examen fonctionnel et fixée sous forme analogue ou digitalisée sur un support magnétique optique ou autre.

Le nombre indiqué de clichés constitue un minimum requis pour un examen valable au-dessous duquel les honoraires pour la prestation ne sont plus dus sur base de ce numéro de la nomenclature.

Pour les prestations radiologiques dont le nombre de clichés n'est pas indiqué, les libellés signifient l'examen complet, quel que soit le nombre de clichés.

Les données digitales des prestations 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263 doivent être conservées dans le dossier du patient et une copie peut être réclamée par le médecin conseil ou le Conseil technique dentaire.

2. Cumul et accès.

Toutefois, les honoraires pour les prestations 377112 - 377123, 377134 - 377145, 307112 - 307123 et 307134 - 307145 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour la prestation 455630 - 455641.

Les honoraires pour les prestations 377230-377241, 307230-307241 et 307252-307263 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations radiologiques des articles 5, 17 et 17ter de la présente nomenclature.

Les prestations 377090-377101, 377112-377123, 377134-377145, 377230-377241, 377274-377285, 307090-307101, 307112-307123, 307134-307145, 307230-307241, 307252-307263 et 307274-307285 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en radiologie, sous les conditions énoncées à l'article 17.

3. Prescrire des radiographies dentaires.

Pour pouvoir être portées en compte, les prestations de l'article 5 de la nomenclature qui sont effectuées sur prescription, doivent répondre aux conditions suivantes:

1° avoir été prescrites par un praticien de l'art dentaire ayant le patient en traitement ;

2° sont mentionnés sur la prescription :

- a) les nom, prénom(s), date de naissance et sexe du patient;
- b) les informations cliniques pertinentes;

- c) de diagnostische vraagstelling;
- d) de relevante bijkomende inlichtingen zoals allergie, diabetes, nierinsufficiëntie, zwangerschap, implantaat of andere;
- e) de voorgesteld(e) onderzoek(en);
- f) de vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling;
- g) de identificatie van de voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en identificatienummer;
- h) de datum van het voorschrift;
- i) de handtekening van de voorschrijver;

Het aanvraagformulier gebruikt voor het voorschrijven van de verstrekkingen kan niet afwijken van het model opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wat betreft de vermeldingen die erop moeten voorkomen. Een apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist;

3° In het licht van de diagnostische vraagstelling en op basis van de klinische context doet de verstrekker die het voorschrift uitvoert het meest aangewezen onderzoek.

De verstrekker die het voorschrift uitvoert kan een of meerdere onderzoeken die door de voorschrijver worden voorgesteld vervangen door een ander onderzoek van artikel 5. Elke vervanging wordt in het protocol toegelicht.

Bij het bepalen van het aangewezen onderzoek wordt rekening gehouden met reeds eerder uitgevoerde relevante onderzoeken die bekend zijn;

Van het onderzoek moet een schriftelijk protocol worden opgesteld en bewaard. Dit protocol dient gestructureerd te zijn als een antwoord op de diagnostische vraagstelling en de verantwoording in te houden van de gebruikte technieken en procedures;

4° zonder afbreuk te doen aan andere geldende regelgevingen, moeten de voorschriften vijf jaar bewaard worden vanaf de uitvoering van het voorschrift, door de verstrekker die het voorschrift uitvoert. De voorschriften moeten chronologisch worden opgeborgen op basis van de datum waarop de verstrekking is uitgevoerd. Ze zijn ter verificatie eisenbaar, zelfs buiten elke enquête, door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Een dubbel van het protocol dient samen met het voorschrift te worden bewaard.

4. Richtlijnen panoramische opname.

Om terugbetaald te worden, dient elk panoramisch cliché te voldoen aan de volgende richtlijnen :

1. Het gebruik van de panoramische opname dient voorbehouden voor die gevallen met bewezen nut voor diagnose en/of behandeling van de patiënt.

2. Een panoramische opname kan dus enkel voorgeschreven of gemaakt als, na een grondig klinisch onderzoek van de patiënt, blijkt dat bijkomende radiologische informatie nodig is om de diagnose te stellen of de behandeling uit te voeren. Het gaat daarbij om radiologische informatie van een ruimer of ander opnamegebied dan mogelijk met de intra-orale opname.

3. Voorafgaand aan het maken van de panoramische opname dient de beschikbaarheid van bestaande radiologische opnames nagekeken, zodat reeds beschikbare radiologische informatie desgevallend kan gebruikt worden.

4. Als voorafgaand beeldmateriaal beschikbaar is, kan een nieuwe panoramische opname enkel geïndiceerd zijn, als er onvoldoende informatie geput kan worden uit het klinisch onderzoek en het bestaande beeldmateriaal om de diagnose te stellen of de behandeling uit te voeren. Panoramische opnames zijn niet aangewezen

a) als het gaat om een screeningsopname van een nieuwe patiënt zonder voorafgaand klinisch onderzoek;

b) als het gaat om een herhaalde opname bij een patiënt zonder nieuwe klinische noodzaak;

c) als patiënt- of toestelgebonden factoren verhinderen om een diagnostisch aanvaardbare opname te maken aan een redelijke stralingsdosis.

c) l'explication de la demande de diagnostic;

d) les informations supplémentaires pertinentes telles qu'une allergie, un diabète, une insuffisance rénale, une grossesse, un implant ou autres;

e) le ou les examen(s) proposé(s);

f) le ou les examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic;

g) l'identification du prescripteur avec mention des nom, prénom, adresse et numéro d'identification;

h) la date de la prescription;

i) la signature du prescripteur.

Le formulaire de demande utilisé pour la prescription des prestations ne peut déroger au modèle établi par le Comité de l'assurance soins de santé pour ce qui concerne les mentions devant y figurer. Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé;

3° Sur base de la demande de diagnostic et sur base du contexte clinique, le prestataire qui exécute la prescription effectuée l'examen le plus indiqué.

Le prestataire qui exécute la prescription peut remplacer un ou plusieurs examens proposés par le prescripteur par un autre examen de l'article 5. Toute substitution est expliquée dans le protocole.

Lors de la détermination de l'examen le plus indiqué, il est tenu compte des examens pertinents déjà effectués dont on a connaissance;

Un protocole écrit de l'examen doit être établi et conservé. Ce protocole doit être structuré comme une réponse à la demande de diagnostic et doit contenir la justification des techniques et procédés utilisés;

4° sans préjudice aux autres réglementations en vigueur, les prescriptions doivent être gardées pendant cinq ans à partir de l'exécution de la prescriptions, par celui qui exécute de la prescription. Elles doivent être classées par ordre chronologique sur base de la date d'exécution de la prestation. Elles sont exigibles pour vérification, même en dehors de toute enquête, par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie invalidité;

Un double du protocole doit être gardé avec la prescription.

4. Directives cliché panoramique.

Pour être remboursable, tout cliché panoramique doit satisfaire aux directives suivantes :

1. Le recours à la radiographie panoramique doit être réservé uniquement aux cas cliniques où il est utile au diagnostic et/ou au traitement du patient.

2. Une radiographie panoramique peut donc uniquement être prescrite ou effectuée lorsque, après un examen clinique approfondi du patient, il s'avère qu'une information radiologique complémentaire est nécessaire au diagnostic et/ou au traitement. Cette radiographie panoramique doit fournir une information radiologique complémentaire concernant soit une autre information soit une région plus étendue que celles obtenues par une radiographie intra-orale.

3. Avant réalisation de toute radiographie panoramique, il faut vérifier si d'autres clichés radiographiques antérieurs ne sont pas disponibles, afin de pouvoir utiliser leurs éventuelles informations.

4. Si des clichés radiographiques antérieurs sont disponibles, la réalisation d'une radiographie panoramique est uniquement autorisée lorsque les informations obtenues par l'examen clinique et par les clichés antérieurs sont insuffisantes au diagnostic et/ou au traitement du patient. Les radiographies panoramiques ne sont donc pas indiquées

a) comme cliché de dépistage chez un nouveau patient sans examen clinique préalable;

b) comme cliché répété chez un patient sans nécessité clinique;

c) lorsque des facteurs dépendant du patient ou de l'appareil radiologique empêchent la réalisation de clichés utiles au diagnostic, avec une dose raisonnable de rayons X.

5. Standaardintervallen gelden niet als verantwoording voor een nieuwe panoramische opname. Het rechtvaardigen van een opname gebeurt op basis van de patiënt-specifieke klinische en radiologische informatie.

6. Het gebruik van de panoramische opname dient in het bijzonder beperkt bij kinderen en zwangeren. Risico's zijn leeftijdsgebonden, met de grootste risico's voor de foetus en de kleinste kinderen.

Indien klinisch onderzoek een panoramische radiografie rechtvaardigt, dienen bijkomende dosisreducerende maatregelen gebruikt te worden (specifiek kinderprogramma of vermindering veldgrootte, mA, rotatietijd,...). Indien een jong kind niet in staat is om stil te blijven staan, tijdens de rotatiebeweging van een panoramisch toestel, is een panoramische opname niet gerechtvaardigd.

5° in § 18, worden de codenummer « 389572-389583, 389594-389605, 389616-389620 » geschrapt.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 februari 2018.

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

Gegeven te Brussel, 7 januari 2018.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

5. Des intervalles de temps standards entre les clichés panoramiques ne peuvent justifier de tels clichés. Leur justification est uniquement basée sur la nécessité d'obtenir des informations radiologiques et/ou complémentaires aux données cliniques du patient.

6. Le recours aux radiographies panoramiques doit être particulièrement limité chez les enfants et les femmes enceintes. Les risques chez ces patients sont corrélés à l'âge, avec un risque augmenté pour le fœtus et les jeunes enfants.

Lorsque l'examen clinique justifie une radiographie panoramique, des mesures supplémentaires visant à réduire la dose d'irradiation doivent être mises en œuvre (programmes spécifiques pour enfants, réduction des champs d'irradiation et des mA, adaptation du temps de rotation,...). Une limite de l'utilisation de la radiographie panoramique chez le jeune enfant est sa capacité à rester immobile pendant la rotation de l'appareil.

5° au § 18, les numéros de code "389572-389583, 389594-389605, 389616-389620" sont supprimées.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} février 2018.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 7 janvier 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2018/30004]

7 JANUARI 2018. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

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 37, § 1, derde lid, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 16 april 1997 en bij de wetten van 22 augustus 2002, 27 december 2006, 29 maart 2012 en 22 juni 2016;

Gelet op het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 19 april en 14 juni 2017;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 24 april en 19 juni 2017 ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 1 juni en 31 juli 2017;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, van 6 november 2017;

Gelet op de adviezen 62.437/2 en 62.426/2 van de Raad van State, beiden gegeven op 4 december 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 3, 1e lid, 14° van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen, worden de codenummers « 305012-305023, 305034-305045, 305056-305060 en 305071-305082 » ingevoegd na het codenummer « 304570-304581 »;

Art. 2. In artikel 4 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het 2e lid, 1° worden de codenummers « 389572-389583, 389594-389605, 389616-389620 » geschrapt;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2018/30004]

7 JANVIER 2018. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

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, article 37, § 1^{er}, alinéa 3, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 16 avril 1997 et par les lois du 22 août 2002, 27 décembre 2006, 29 mars 2012 et 22 juin 2016;

Vu l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 19 avril et 14 juin 2017;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 24 avril et 19 juin 2017;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 1^{er} juin et 31 juillet 2017;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 6 novembre 2017;

Vu l'avis 62.437/2 et 62.426/2 du Conseil d'Etat, donné le 4 décembre 2017, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 3, alinéa 1, 14° de l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires sont les numéros de code « 305012-305023, 305034-305045, 305056-305060 et 305071-305082 » insérés après le code « 304570-304581 »;

Art. 2. Dans l'article 4 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° au 2e alinéa, 1°, les numéros de code « 389572-389583, 389594-389605, 389616-389620 » sont supprimés