

Art. 6. Algemeenheden.

"K.B. 7.6.1991" (in werking 1.6.1991) + "K.B. 13.2.2006" (in werking 1.1.2006) + "K.B. 31.8.2007" (in werking 1.9.2007) + "K.B. 20.3.2009" (in werking 1.5.2009)

§ 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 tandheeskundige, mag nooit samengevoegd worden met het honorarium voor een verstrekking inzake tandverzorging, met uitzondering van de radiografieën opgenomen in artikel 5 en de verstrekking 301254-301265 en 371254-371265."

"K.B. 15.6.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005) + "K.B. 18.5.2008" (in werking 1.7.2008)

§ 1 bis. De raadpleging voorzien onder nrs 371033-371044 en 301033-301044 gebeurt op schriftelijke aanvraag van de behandelende geneesheer. De tandarts bewaart deze aanvraag in het tandheeskundig dossier.

De aanwezigheid van de geneesheer is niet vereist."

"K.B. 20.9.2002" (in werking 1.12.2002)

§ 1 ter. Onder raadpleging wordt verstaan een mondtandonderzoek van de patiënt in de praktijkkamer van de tandheeskundige met het oog op een diagnose of een behandeling van een aandoening en het opmaken en ondertekenen van de documenten die betrekking hebben op dat onderzoek."

"K.B. 11.5.2007" (in werking 1.6.2007)

§ 1 quater. Tijdens een hospitalisatie voor een verstrekking uit het artikel 5 of 14l) kan geen raadpleging geattesteerd worden."

§ 2. Behoudens in dit artikel bepaalde uitzonderingen, zijn de regelen betreffende de ganse nomenclatuur toepasselijk op de verstrekkingen inzake tandverzorging en de praktizerenden die ze verrichten.

"K.B. 29.3.2000" (in werking 1.5.2000) + "K.B. 18.5.2008" (in werking 1.7.2008) + "K.B. 18.4.2010" (in werking 1.6.2010)

§ 2 bis. De verstrekking 301593-301604 mag slechts onder de volgende voorwaarde worden geattesteerd :

De zorgverlener moet een individueel tandheeskundig dossier bijhouden en na elke tandheeskundige verstrekking bijwerken; daarin moeten ten minste de volgende elementen zijn vermeld :

- de identificatie van de patiënt;
- de geboortedatum;
- de medische anamnese met betrekking tot de mond- en tandheeskundige pathologiën;
- een exemplaar van de radiografieën of hun protocol van de vastgestelde pathologieën;
- het voorgestelde behandelingsplan tijdens dit mondonderzoek (voorzienere verzorging met aanduiding van de te behandelen tanden);
- de toegediende zorg en/of medicatie;
- de eventuele doorverwijzing naar een andere zorgverlener."

Extracties en tandvullingen

§ 3. Opgeheven bij K.B. 6.12.2005 (in werking 1.9.2005)

"K.B. 11.5.2007" (in werking 1.6.2007)

"§ 3bis. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 304894-304905 en 304916-304920 is enkel verschuldigd als de tandextractie gebeurt in één van de volgende omstandigheden :

1) ten gevolge van een osteomyelitis, een radionecrose, een chemotherapie, een behandeling met ionisatie- of immunodepressie-agens;

2) met het oog op een mondsanering in het kader van een radiotherapie in het hoofd- of halsgebied, een chemotherapie, een openhartoperatie, een orgaantransplantatie, een behandeling met ionisatie- of immunodepressie-agens;

3) ten gevolge van de onmogelijkheid voor de rechthebbende om een correcte mondhygiëne te verwerven of te behouden zonder de hulp van derden, wegens een blijvende handicap.

Het invoeren van een van deze tegemoetkomingsvoorwaarden behoort tot de verantwoordelijkheid van de tandheekkundige. De motivering hiervan wordt door de tandheekkundige opgenomen en bewaard in het dossier van de rechthebbende, en daarenboven bevestigd :

- voor het punt 1) door een attest van de geneesheer die de aandoening behandelde.

- voor het punt 2) door een schriftelijk verzoek tot mondsanering vanwege de geneesheer die de pathologie behandelt.

Deze elementen kunnen door de adviserend geneesheer ter inzage worden opgevraagd."

"K.B. 11.5.2007" (in werking 1.6.2007)

"§ 3ter. De verstrekkingen 373575-373586 en 303575-303586 mogen met geen enkele verstrekking van de gehele nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden gecumuleerd.

De georganiseerde wachtdienst waarvan sprake bij de verstrekkingen 373575-373586 en 303575-303586 dient te beantwoorden aan de bepalingen van artikel 9 § 1 en § 2 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen."

"K.B. 20.3.2009" (in werking 1.5.2009) + "K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010)

"§ 3quater. De verstrekkingen 374931-374942, 304931-304942, 374953-374964 en 304953-304964 omvatten zowel het hechten en het hechtmateriaal, als het verwijderen van het hechtmateriaal. Deze verstrekkingen komen enkel in aanmerking voor verzekeringstegemoetkoming voor zover ze gecumuleerd worden met een tandextractie of met een sectie met extractie van wortel(s), uit het artikel 5 van de nomenclatuur."

"K.B. 11.12.2000" (in werking 1.3.2001)

"§ 4. De verzekeringstegemoetkoming voor de behandeling en vulling van één of meerdere wortelkanalen van eenzelfde tand, ongeacht het aantal tijdens de behandeling gevulde kanalen, is slechts verschuldigd indien een radiografie, welke door de practicus in het dossier van de patiënt wordt bewaard en door de adviserend geneesheer ter inzage kan worden opgevraagd, aantoont dat voor een definitieve tand, elk zichtbaar kanaal ten minste tot 2 mm van de apex is gevuld en dat voor een melktand, elk zichtbaar kanaal over ten minste een derde van de lengte is gevuld."

"K.B. 11.12.2000" (in werking 1.3.2001) + "K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007)

"Het honorarium voor deze behandeling en vulling omvat alle peroperatief gebruikte diagnostische hulpmiddelen met het oog op het bepalen van de wortelkanaallengte en de controleradiografie."

"K.B. 18.4.2010" (in werking 1.6.2010)

"§ 4bis. Behoudens de verstrekking 374474-374485, geldt voor alle vulling(en) van caviteit(en) en opbouw uit de rubriek « conserverende verzorging » dat het vullingsmateriaal rechtstreeks aangebracht wordt en hoofdzakelijk in de mond uithardt (directe methode). Behoudens de verstrekkingen 373575-373586 en 303575-303586, mogen de vulling(en) van caviteit(en) en opbouw uit de rubriek « conserverende verzorging » om voor vergoeding in aanmerking te komen, geen voorlopig karakter hebben."

"K.B. 9.1.2011" (in werking 1.3.2011)

"§ 4ter. Het gestandaardiseerd verslag van 301372-301383 omvat minimaal de registratie van :

- a) een klinisch onderzoek van de gehele mondholte met de bijzonderheden van de weke weefsels;
- b) de pocketdiepten van de 4 vlakken van alle gebitselementen, implantaten inbegrepen, na het sonderen ervan en het weerhouden van de diepste waarde per vlak;
- c) de gingivale recessie per tandwortel;
- d) de pocketbloedingsneiging (BOP : Bleeding On Probing) per tandvlak;
- e) de mobiliteitstoename van de tanden;
- f) de sondering van furcatiebetrokkenheid;
- g) de aanwezigheid van tandplaque per tandvlak, minstens op de Ramfjord elementen;
- h) de conclusies die betrekking hebben op de diagnose van de parodontale pathologie en op het behandelplan.

De gegevens van het onderzoek worden genoteerd in een gestandaardiseerd verslag waarvan het model wordt vastgelegd door het Verzekeringscomité en dat bewaard wordt in het tandheelkundig dossier van de patiënt. Het verslag kan door de adviserend geneesheer worden opgevraagd."

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005)

"§ 5. Uitneembare partiële en volledige prothesen

1. Algemeen

1.1. De formulieren 56, 57 en 58, welke hierna vermeld worden, zijn deze waarvan het model als bijlage gaat onder hetzelfde nummer 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.

1.2. De verzekeringstegemoetkoming voor een nieuwe prothese is enkel verschuldigd op voorlegging van :

- een behoorlijk ingevuld getuigschrift voor verstrekte hulp waarop de datum, de handtekening en de stempel voorkomen van de practicus die de prothese daadwerkelijk heeft vervaardigd en geplaatst;
- een volledig ingevuld formulier 56;

en desgevallend:

- een volledig ingevuld formulier 57 of 58;
- het akkoord, naargelang het geval, van de bevoegde instantie.

1.3. Indien de rechthebbende, die voldoet aan de voorwaarden tot verzekeringstegemoetkoming voor een tandprothese, overlijdt tijdens de confectieperiode van zijn prothese, wordt de voorziene verzekeringstegemoetkoming herleid tot :

- 25 % indien de standaardafdrukken en de individuele afdrukken reeds genomen werden en de beetwallen gerealiseerd;
- 50 % indien bovendien de beetrelatiebepaling geschiedde en de prothese in pas is;
- 75 % na de afwerking, maar voor de plaatsing en controle.

Als bewijs moeten de gerealiseerde werken samen met de hogervermelde documenten aan de verzekeringsinstelling bezorgd worden.

Bij gelijkaardige gevallen kan de Technische tandheelkundige raad aan de hand van een omstandige aanvraag en onder dezelfde voorwaarden verzekeringstegemoetkoming verlenen.

1.4 Om te weten of een verzekeringstegemoetkoming kan verleend worden, mag de rechthebbende vooraf, via de geijkte weg, een aanvraag indienen door middel van een volledig ingevuld formulier 57 of 58."

"K.B. 12.11.2008" (in werking 1.1.2009)

"1.5. De verzekeringstegemoetkoming voor een nieuwe prothese omvat de controlezitting(en) en de nazorg gedurende 30 dagen na het plaatsen van de prothese. Gedurende deze periode van 30 dagen kan geen enkele verstrekking uit de rubriek «Uitneembare tandprothesen, inclusief raadplegingen» geattesteerd worden, met uitzondering van de verstrekkingen 379013-379024, 379035-379046, 309013-309024 en 309035-309046."

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005)

"2. Leeftijdsgrenzen

2.1. De verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd vanaf de vijftigste verjaardag van de rechthebbende. Deze leeftijdsvoorwaarde geldt eveneens voor alle bewerkingen op bestaande prothesen : de herstelling, de vervanging van de basis en de bijvoeging van één of meer tanden.

2.2. Deze leeftijdsvoorwaarde vervalt voor de rechthebbende die aan een van de volgende aandoeningen lijdt of zich in een van de volgende toestanden bevindt :

- 1) Malabsorptiesyndromen en colorectale ziekten;
- 2) Mutilerende ingre(e)p(en) op het spijsverteringsstelsel;
- 3) Verlies van tanden na een osteomyelitis, een radionecrose, een chemotherapie of een behandeling met ionisatieagens;
- 4) Extractie van tanden vóór een openhartoperatie, een orgaantransplantatie, een behandeling met ionisatie- of immunodepressie-agens;
- 5) Aangeboren of erfelijk ontbreken van talrijke tanden of ernstige aangeboren of erfelijke misvormingen van de kaakbeenderen of van tanden.

De aanvraag dient de elementen te bevatten die de pathologie aantonen.

Voor de gevallen vermeld in 2.2.1) tot 5) wordt de verzekeringstegemoetkoming toegekend door de adviserend geneesheer wiens akkoord aangevraagd wordt met het formulier 57.

In de gevallen bedoeld in punten 1) en 2) mag de verzekeringstegemoetkoming slechts worden toegekend voor zover de prothese een bepalende rol speelt in de behandeling van de pathologie.

2.3. Deze leeftijdsvoorwaarde vervalt voor de rechthebbende die aan een van de volgende aandoeningen lijdt of zich in een van de volgende toestanden bevindt :

- 1) Tandverlies of tandextracties ten gevolge van de onmogelijkheid voor de rechthebbende om een correcte mondhygiëne te verwerven of te behouden wegens een blijvende handicap;
- 2) Tandverlies of tandextracties ten gevolge van een onweerlegbaar bewezen uitzonderlijke pathologie of haar behandeling ervan en waarbij redelijkerwijze mag aangenomen worden dat het tandverlies of de tandextracties onvermijdbaar waren ondanks een correcte mondhygiëne;
- 3) Tandextractie die plaatsvond bij een rechthebbende voor wie een openhartoperatie, een orgaantransplantatie of een behandeling met een ionisatie-agens of een immunodepressie-agens gepland werd, doch niet uitgevoerd.

De aanvraag dient de elementen te bevatten die de pathologie aantonen.

Voor de gevallen vermeld in 2.3.1) tot 3) wordt de verzekeringstegemoetkoming toegekend door de Technische tandheelkundige raad wiens akkoord aangevraagd wordt met het formulier 57 via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier."

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005) + "K.B. 26.5.2008" (in werking 1.7.2008) + "K.B. 20.3.2009" (in werking 1.5.2009)

"2.4 De uitneembare prothesen voor de rechthebbenden tot de 18e verjaardag worden enkel toegestaan door de Technische tandheelkundige raad op basis van de voorwaarden zoals vermeld in 2.1, 2.2 en 2.3. De Technische tandheelkundige raad bepaalt het honorarium van 378954 - 378965 en 378976 - 378980 dat gelijk is aan het honorarium vastgesteld voor identieke prothesen zoals voorzien in artikel 5, § 2."

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005)

"2.5. Een afwijking van de leeftijdsgrens op grond van punt 2.2., 2.3. of 2.4 blijft verworven.

3. Termijnen

3.A. Uitneembare partiële en volledige prothesen

3.A.1. Eén enkele prothese wordt toegestaan per kaak en per tijdvak van zeven kalenderjaren. Het kalenderjaar van de plaatsing van de prothese telt als eerste van de zeven kalenderjaren.

3.A.2. De maximale tegemoetkoming voor de plaatsing van een prothese en de eventuele toevoeging van tanden wordt beperkt tot L 600 per kaak en per prothese.

3.A.3. De vernieuwingstermijn van zeven kalenderjaren vervalt in geval van groei van het kind, ingrijpende anatomische wijziging ten gevolge van een trauma, een maxillofaciale tumor en in ernst vergelijkbare gevallen op niveau van de dragende weefsels.

Deze vernieuwingstermijn vervalt eveneens voor de gevallen vermeld in 2.2.3) en 4), en 2.3.1) tot 3), voor zover de pathologie die leidde tot het verlies van de tanden pas optrad na de plaatsing van een vorige prothese.

De aanvraag dient de elementen te bevatten die de pathologie aantonen.

Voor deze uitzonderlijke gevallen wordt de verzekeringstegemoetkoming toegekend door de Technische tandheelkundige raad wiens akkoord wordt aangevraagd met het formulier 58 via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

3.A.4. Het kalenderjaar van plaatsing van een prothese voorzien onder verstrekking 378335 - 378346 en 308335 - 308346 telt als eerste van een nieuw tijdvak van zeven kalenderjaren.

3.B. Herstellingen

De maximale verzekeringstegemoetkoming voor de herstelling van een uitneembare prothese wordt beperkt tot L 61,5 per prothese en per kalenderjaar.

3.C. Vervanging van de basis

3.C.1. Per lopende periode van zeven kalenderjaren kan per kaak slechts twee maal een verzekeringstegemoetkoming voor de vervanging van de basis worden toegekend.

Het kalenderjaar waarin een vervanging van de basis plaatsvindt wordt als zevende kalenderjaar beschouwd, en de verzekeringstegemoetkoming is verschuldigd wanneer er gedurende de zes vorige kalenderjaren en het lopende kalenderjaar maximaal voor één vervanging van de basis een verzekeringstegemoetkoming verleend werd.

3.C.2. De vervanging van de basis voorzien onder de verstrekking 378350 - 378361 en 308350 - 308361 wordt toegekend in geval van groei van het kind, ingrijpende anatomische wijziging ten gevolge van een trauma, een maxillofaciale tumor en in ernst vergelijkbare gevallen op niveau van de dragende weefsels.

De vervanging van de basis voorzien onder de verstrekking 378350 - 378361 en 308350 - 308361 wordt eveneens toegekend voor de gevallen vermeld in 2.2.3) en 4), en 2.3.1) tot 3), voor zover de pathologie die leidde tot het verlies van de tanden pas optrad na de plaatsing van een vorige prothese.

De aanvraag dient de elementen te bevatten die de pathologie aantonen.

Voor deze uitzonderlijke gevallen wordt de verzekeringstegemoetkoming toegekend door de Technische tandheeskundige raad wiens akkoord wordt aangevraagd met het formulier 58 via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

3.C.3. De vervanging van de basis voorzien onder de verstrekking 378350 - 378361 en 308350 - 308361 komt niet in aanmerking bij de bepaling van het maximale aantal verzekeringstegemoetkomingen zoals voorzien in 3.C.1."

"K.B. 20.3.2009" (in werking 1.5.2009) + "K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010)

"§ 5bis. Orale implantaten

Het recht op verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 308512-308523 en 308534-308545 is eenmalig en afhankelijk van de volgende voorwaarden, die allen gelijktijdig volledig moeten vervuld zijn :

- 1) de verzekerde moet minstens 12 maanden drager zijn van een uitneembare volledige onderprothese op een volledig edentate onderkaak;
- 2) deze uitneembare volledige onderprothese moet een correcte pasvorm, vormgeving, occlusie en articulatie hebben, minstens 12 maanden oud zijn, en tegemoetkoming genoten hebben van de verplichte verzekering voor een verstrekking uit de rubriek « Uitneembare tandprothesen, inclusief raadplegingen » of de vrije aanvullende verzekering voor zelfstandigen;
- 3) de implantaten moeten een minimumdiameter van 3 mm en minimumlengte van 7 mm hebben op het osteointegreerbaar deel;
- 4) enkel implantaten waarvan het abutment afschroefbaar is van het implantaat worden weerhouden;
- 5) de implantaten zijn niet voorlopig van aard;
- 6) de technische gegevens betreffende de gebruikte materialen - de implantaten, de abutments en verankeringen- worden in het tandheeskundige dossier van de patiënt bewaard.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 308512-308523 is eenmalig en vergoedt de heeskundige ingreep, het gebruikte materiaal, de opvolging en de eventueel noodzakelijke vervanging gedurende 12 maanden na plaatsing.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 308534-308545 is eenmalig en vergoedt de abutments, de verankeringen en hun plaatsing, de controlezitting(en) en de nazorg gedurende 30 dagen na het plaatsen van de verankering in de uitneembare volledige onderprothese."

"K.B. 8.8.1997" (in werking 1.11.1997)

"Orthodontische behandelingen"

§ 6. Geen orthodontische behandeling mag worden aangevangen noch voortgezet in een mond waarin de blijvende tanden niet verzorgd zijn."

"K.B. 26.5.2008" (in werking 1.7.2008) + Erratum B.S. 28.10.2008

"§ 7. Vroege orthodontische behandeling"

De verzekeringstegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering kan verleend worden voor een vroege orthodontische behandeling. Deze wordt verdeeld in 2 forfaits voor de volledige behandeling en bevat het nemen van de afdrukken, het vervaardigen van de modellen, de diagnose en de melding aan de adviserend geneesheer, de apparatuur, het plaatsen van de apparatuur en de controlezittingen.

Het eerste forfait 305933-305944 moet 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 zesde kalendermaand van de behandeling die start met het plaatsen van de apparatuur.

De verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd voor de vroege orthodontische behandelingen die in het melkgebit of in het wisselgebit worden uitgevoerd :

- 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.

De verzekeringstegemoetkoming is pas verschuldigd na melding bij de adviserend geneesheer door middel van het reglementair formulier 60bis, ingevuld en ondertekend door de tandheeskundige; het wordt bij het getuigschrift voor verstrekte hulp gevoegd van de verstrekking 305933-305944.

De verplichte verzekeringstegemoetkoming waarop de rechthebbende kan aanspraak maken voor een vroege orthodontische behandeling beperkt zich tot :

- eenmaal de prestatie nr 305933-305944 bij de start van de behandeling;
- eenmaal de prestatie nr 305955-305966 bij het einde van de behandeling.

De verzekeringstegemoetkoming voor een vroege orthodontische behandeling is niet meer verschuldigd vanaf de 9de verjaardag van de rechthebbende of na het aanrekenen van de verstrekking 305631-305642.

De vroege orthodontische behandeling kan ten vroegste gedurende de 12de kalendermaand na de verstrekking 305933-305944 gevolgd worden door tegemoetkoming voor een orthodontische behandeling zoals bepaald in § 16."

"K.B. 26.5.2008" (in werking 1.7.2008)

"§ 8. Het onder verstreking nr. 305594 - 305605 bepaald verslag bestaat uit een reglementair formulier bijlage 60 dat door de tandheekundige wordt ingevuld en ondertekend; het wordt bij het getuigschrift voor verstrekte hulp gevoegd."

"K.B. 26.5.2008" (in werking 1.7.2008)

"§ 8bis. De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor de orthodontische behandeling, zoals bepaald in § 16, moet bij de adviserend geneesheer worden ingediend met een door de tandheekundige ingevuld en ondertekend reglementair formulier bijlage 60, vóór het kind vijftien jaar wordt.

Afwijkingen van de leeftijdsgrens kunnen door de Technische tandheekundige raad worden toegestaan voor uitzonderlijke gevallen van radiologisch en/of klinisch biologisch geobjectiveerde congenitale groeistoornissen, aangetoond met een omstandig verslag van de geneesheer-specialist, die deze veralgemeende groeistoornis behandelt.

Het betreft aandoeningen die op geen enkele wijze vóór de 15de verjaardag, kunnen laten vaststellen of een orthodontische behandeling nodig zal zijn.

Enkel het veralgemeende aspect van de groeistoornis en het onvoorzienbaar karakter van de noodzaak van een orthodontische behandeling, rechtvaardigen deze uitzonderingssituatie.

De aanvraag moet, via de adviserend geneesheer, bij de Technische tandheekundige raad worden ingediend, samen met een omstandig verslag opgesteld door de geneesheer specialist die de groeistoornis behandelt.

De adviserend geneesheer kan beslissen de aanvraag niet door te sturen indien deze niet alle nodige elementen bevat waarvan sprake in de 2de alinea van deze paragraaf."

"K.B. 8.8.1997" (in werking 1.11.1997)

"§ 9. De beslissing over de verzekeringstegemoetkoming voor orthodontische behandeling moet door de adviserend geneesheer worden meegedeeld binnen de maand die volgt op de ontvangst van de aanvraag. De verzekeringstegemoetkoming is ten vroegste verschuldigd vanaf de ontvangstdatum van de aanvraag.

Behalve wanneer er te bewaarden titel een gemotiveerde aanvraag bestaat, is er geen verzekeringstegemoetkoming verschuldigd indien er meer dan twee jaar verlopen is tussen de toestemming van de adviserend geneesheer en het begin van de behandeling. Desgevallend mag een nieuwe aanvraag ingediend worden."

"K.B. 28.2.2002" (in werking 1.5.2002) + "K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007)

"Als op de datum van de aanvraag wordt gepland de orthodontische behandeling aan te vatten na de termijn van twee jaar, wordt de aanvraag als een aanvraag ten bewarende titel beschouwd, voor zover op de 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 de uitdrukking "ten bewarende titel" wordt toegevoegd en voor zover zij uitdrukkelijk een gedetailleerde verantwoording van dit uitstel van meer dan twee jaar vermeldt."

"K.B. 28.2.2002" (in werking 1.5.2002)

"De verzekeringstegemoetkoming in het kader van een orthodontische behandeling eindigt op de 22^e verjaardag.

Als het noodzakelijk en verantwoord is dat de orthodontische behandeling na de 22^e verjaardag moet voortduren is een uitzonderlijke tegemoetkoming pas verschuldigd na voorafgaande instemming van de Technische tandheelkundige raad die de verlengingstermijn bepaalt.

Deze uitzonderlijke verlenging wordt toegekend onder dezelfde voorwaarden als deze vermeld in § 12, tweede lid, voorwaarden.

De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor deze uitzonderlijke verlenging gebeurt onder dezelfde voorwaarden als deze vermeld in § 13."

"K.B. 8.8.1997" (in werking 1.11.1997)

"Onverminderd de bepalingen van § 8 geldt : de verstrekking vóór de aanvraag moet alle elementen omvatten waaruit verstrekking nr. 305594 - 305605 bestaat en de aanvraag vormt het verslag; ze mag derhalve als zodanig worden vergoed zelfs indien de toestemming voor verzekeringstegemoetkoming voor de aangevraagde orthodontische behandeling wordt geweigerd. De adviserend geneesheer mag eisen dat de studiemodellen worden bezorgd die zijn vervaardigd tijdens het voorafgaand onderzoek."

"K.B. 8.8.1997" (in werking 1.11.1997)

"§ 10. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking nr. 305594 - 305605 is opnieuw verschuldigd als deze verstrekking opnieuw wordt uitgevoerd minstens 2 jaar na de vorige verstrekking van het nr. 305594 - 305605 en op voorwaarde dat er na de vorige verstrekking nr. 305594 - 305605 geen behandeling werd geattesteerd."

"K.B. 28.2.2002" (in werking 1.5.2002)

"§ 10bis. De verstrekkingen 305594 - 305605 en 305830 - 305841 mogen onderling niet worden gecumuleerd."

"K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007)

§ 11. De eerste periode van zes forfaits voor regelmatige behandeling begint op de dag van de plaatsing van de apparatuur. Er mogen maximum zesendertig forfaits voor regelmatige behandeling vergoed worden."

"K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007) + "K.B. 22.10.2009" (in werking 1.12.2009)

"Een getuigschrift van verstrekte hulp wordt opgesteld : ofwel gedurende de zesde kalendermaand van de behandeling, ofwel na zes forfaits voor regelmatige behandeling en uiterlijk in de loop van de 18e kalendermaand van de behandeling, zelfs indien die zes forfaits voor regelmatige behandeling niet zijn uitgevoerd. Bij gebruik van de nummers 305653-305664 en 305712-305723 wordt er daarentegen onmiddellijk geattesteerd."

"K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007)

"Het attesteren van de nummers 305653-305664 of 305896-305900 geldt als kennisgeving, door de practicus, van een onderbreking van meer dan zes maanden. De adviserend geneesheer kan aan de practicus de schriftelijke verantwoording betreffende de reden van de ingestelde onderbreking van de orthodontische behandeling vragen.

Indien uitzonderlijk de door de practicus ingestelde onderbreking van de orthodontische behandeling niet kon geattesteerd worden door middel van één van de nummers 305653-305664 of 305896-305900 wordt deze onderbreking schriftelijk gemeld aan de adviserend geneesheer vóór het einde van de zesde maand van deze onderbreking.

Indien een onderbreking van meer dan zes maanden van de orthodontische behandeling niet werd voorafgegaan door de attestering van een van de nummers 305653-305664 of 305896-305900, of indien zij niet gemeld werd met toepassing van het vorige lid, wordt de verzekeringstegemoetkoming definitief stopgezet.

Het attesteren van het nummer 305712-305723 geldt als kennisgeving door de practicus, dat een door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoede regelmatige behandeling, gevolgd wordt door een door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet-vergoede regelmatige behandeling of door een regelmatige behandeling waarvoor de toestemming tot verzekeringstegemoetkoming nog niet werd verleend door de bevoegde instantie.

De verstrekkingen 305616-305620, 305653-305664, 305712-305723, 305852-305863 en 305896-305900 mogen niet op de zelfde dag geattesteerd worden."

"K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007)

§ 12. In zeer ernstige gevallen kan de verlenging van een orthodontische behandeling verantwoord zijn na het zesendertigste forfait voor regelmatige behandeling. Deze uitzonderlijke tegemoetkoming van de verzekering is pas verschuldigd na voorafgaande instemming van de Technische tandheelkundige raad die het aantal forfaits voor regelmatige behandeling voor die verlenging bepaalt.

Deze uitzonderlijke verlenging kan toegekend worden voor craniofaciale dysplasieën, lip-, kaak- en verhemeltespleet, multiple tandagenesieën en in ernst vergelijkbare aandoeningen."

"K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007)

"§ 13. De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor verlenging van orthodontische behandeling wordt ingediend ten laatste tijdens de derde kalendermaand volgend op die waarin het laatste van de toegestane forfaits voor regelmatige behandeling werd geattesteerd. Ze wordt door middel van een reglementair formulier (bijlage 60), ingevuld en ondertekend door de practicus, ingediend bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, gelast met het doorsturen ervan naar de Technische tandheelkundige raad.

Zij wordt verantwoord door het op bovenbedoeld formulier vermeld verslag, en wordt samengevoegd met het getuigschrift van verstrekte hulp waarop het laatste toegestane forfait voor regelmatige behandeling wordt geattesteerd onder het nummer 305712-305723.

De Technische tandheelkundige raad mag eisen dat onder andere studiemodellen worden bezorgd.

De verzekeringstegemoetkoming voor verlenging van orthodontische behandeling is ten vroegste verschuldigd vanaf de eerste maand die volgt op de datum van het laatste toegestane forfait voor regelmatige behandeling. In geval van laattijdig indienen, kan de Technische tandheelkundige raad beslissen het toegestane aantal bijkomende forfaits voor regelmatige behandeling te verminderen in verhouding tot het aantal maanden vertraging geregistreerd bij het indienen van de aanvraag, waarbij elke begonnen maand beschouwd wordt als een volledige maand vertraging."

"K.B. 8.8.1997" (in werking 1.11.1997)

"§ 14. Als de patiënt, zonder de instemming van de practicus, gedurende meer dan drie maanden de orthodontische behandeling voorzien onder codenummer 305616 - 305620 of gedurende meer dan zes maanden de orthodontische behandeling voorzien onder het codenummer 305852 - 305863 onderbreekt, wordt de verzekeringstegemoetkoming definitief stopgezet.

In afwijking van het voorgaande lid wordt de onderbreking van meer dan drie maanden van de orthodontische behandeling voorzien onder nr. 305616 - 305620 verondersteld gebeurd te zijn met instemming van de practicus indien deze behandeling door dezelfde practicus hernomen wordt minder dan zes maanden na de aanvang van de onderbreking."

"K.B. 22.10.2009" (in werking 1.12.2009)

"In geval van een onvrijwillige onderbreking van een orthodontische behandeling, die te wijten is aan de tandheelkundige, stelt de adviserend geneesheer een dossier samen waaruit blijkt dat het al dan niet gaat om overmacht in hoofde van de tandheelkundige, en dat ter beslissing over de voortzetting van de verzekeringstegemoetkoming wordt voorgelegd aan de Technische tandheelkundige raad."

"K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007) + "K.B. 26.5.2008" (in werking 1.7.2008)

"§ 15. Er is geen tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering voor vervanging of herstelling van de apparatuur beoogd onder de nummers 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 en 305675-305686 in geval van verlies, breuk of beschadiging."

"K.B. 8.8.1997" (in werking 1.11.1997) + "K.B. 28.2.2002" (in werking 1.5.2002)

§ 16. De verzekeringstegemoetkoming waarop een rechthebbende aanspraak kan maken, is beperkt tot de orthodontische verstrekkingen die één behandeling uitmaken. Die tegemoetkoming omvat :

- eenmaal verstrekking nr. 305631 - 305642;
- eenmaal verstrekking nr. 305675 - 305686.
- de verstrekkingen nr. 305616 - 305620 die werden toegekend met inbegrip van de verstrekkingen nr. 305653 - 305664 en 305712 - 305723;
- twaalfmaal verstrekking nr. 305852 - 305863 voor de contentiecontrole van die behandeling met inbegrip van de verstrekkingen nr. 305896 - 305900."

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005)

"In geval van lip-, kaak- en verhemeltespleet kan, in afwijking van de vorige alinea, een tweede en een derde maal de verstrekking 305675 - 305686 toegestaan worden door de Technische tandheelkundige raad. In deze uitzonderlijke gevallen moet, via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, bij de Technische tandheelkundige raad een aanvraag ingediend worden met een door de practicus ingevuld en ondertekend formulier 60.

Deze aanvraag, waaruit de noodzaak van een nieuw toestel blijkt, dient te bevatten: omstandige gegevens qua diagnose, historiek van de lopende behandeling, de bereikte resultaten en plan tot verdere behandeling."

"K.B. 7.6.1991" (in werking 1.6.1991)

"Radiografieën"

"K.B. 31.8.2011" (in werking 1.3.2011)

§ 17. De radiografische verstrekkingen zijn voorbehouden voor practici die voldoen aan de reglementaire verplichtingen bepaald in of op grond van het koninklijk besluit van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen, hierna genoemd 'algemeen reglement'.

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 is opgemaakt door het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle, of een instelling die het onder zijn bevoegdheid heeft, erkend voor de controle inzake ioniserende stralingen als bedoeld in artikel 74 van algemeen reglement. Dit bewijs dient aan te tonen dat de practicus over de nodige vergunningen beschikt, dat de toestellen en lokalen de periodieke fysieke controle hebben ondergaan en dat ze beantwoorden aan de vastgestelde veiligheidscriteria, overeenkomstig de voorwaarden bepaald in het algemeen reglement.

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

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

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."

"K.B. 31.8.2011" (in werking 1.3.2011)

§ 17bis. Onverminderd het bepaalde in § 17 wordt de verzekeringstegemoetkoming voor de dentale Conebeam CT's, voorzien onder de nrs 377230-377241, 307252-307263 en 307230-307241, bovendien afhankelijk gesteld van de registratie bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV van het toestel en de zorgverlener die het toestel bedient.

Deze registratie gebeurt op basis van een reglementair formulier waarvan het model als bijlage gaat bij de verordening van 28 juli 2003 en omvat volgende gegevens :

- Locatie van het toestel;
- Identificatie van de exploitant van de inrichting;
- Identificatie van de zorgverlener-gebruiker van het toestel;
- Het bewijs opgemaakt door het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle dat de zorgverlener-gebruiker over de Individuele vergunning voor het gebruik beschikt (dit garandeert de bijkomende specifieke opleiding van de zorgverlener-gebruiker);

— Het bewijs opgemaakt door het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle, of een instelling die het onder zijn bevoegdheid heeft erkend voor de controle inzake ioniserende stralingen als bedoeld in artikel 74 van het algemeen reglement, dat aantoonst dat de toestellen en lokalen, overeenkomstig het algemeen reglement, de wettelijk voorziene controle hebben ondergaan die is vastgesteld respectievelijk voor de inrichtingen van klasse II en klasse III bedoeld in artikel 3, b) en c), van het algemeen reglement en dat ze beantwoorden aan de vastgestelde veiligheidscriteria;

— Het bewijs dat de toestellen op periodieke basis worden gecontroleerd door een deskundige in de medische stralingsfysica zoals bedoeld in artikel 51.7 van het algemeen reglement.

De geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn gemachtigd om deze gegevens te controleren en het resultaat ervan mee te delen aan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV."

"K.B. 31.8.2007" (in werking 1.9.2007) + "K.B. 26.5.2008" (in werking 1.7.2008) + "K.B. 20.3.2009" (in werking 1.5.2009) + "K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010) + "K.B. 9.1.2011" (in werking 1.3.2011) + "K.B. 31.8.2011" (in werking 1.3.2011)

§ 18. Met uitzondering van de verstrekkingen 371092-371103, 301092-301103, 371114-371125 en 301114-301125, worden alle verstrekkingen van het artikel 5 door de verzekering ten laste genomen wanneer ze zijn verricht door een tandheeskundige houder van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts, een geneesheer-specialist in de stomatologie of een geneesheer-tandarts.

Met uitzondering van de verstrekkingen

371114-371125, 301114-301125, 371033-371044, 301033-301044, 371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081, 371254-371265, 301254-301265, 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361, 301372-301383, 371556-371560, 371571-371582, 371696-371700, 301696-301700, 371711-371722, 301711-301722, 371733-371744, 301733-301744, 371755-371766, 301755-301766, 371770-371781, 301770-301781, 371792-371803, 371814-371825, 371836-371840, 371851-371862, 371873-371884, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245, 374850-374861, 304850-304861, 374872-374883, 304872-304883, 304894-304905, 304916-304920, 374754-374765, 304754-304765, 374776-374780, 304776-304780, 374931-374942, 304931-304942, 374953-374964, 304953-304964, 308512-308523, 377016-377020, 307016-307020, 377031-377042, 307031-307042, 377053-377064, 307053-307064, 377090-377101, 307090-307101, 377112-377123, 307112-307123, 377134-377145, 307134-307145, 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263

worden geen verstrekkingen van het artikel 5 door de verzekering ten laste genomen wanneer ze zijn verricht door een tandheeskundige houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de parodontologie.

Met uitzondering van de verstrekkingen

371092-371103, 301092-301103, 371033-371044, 301033-301044,
371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081,
371254-371265, 301254-301265, 371556-371560, 371571-371582,
301593-301604, 305594-305605, 305616-305620, 305653-305664,
305712-305723, 305631-305642, 305675-305686, 305830-305841,
305852-305863, 305896-305900, 305874-305885, 305911-305922,
305933-305944, 305955-305966, 377016-377020, 307016-307020,
377031-377042, 307031-307042, 377053-377064, 307053-307064,
377090-377101, 307090-307101, 377112-377123, 307112-307123,
377134-377145, 307134-307145, 377230-377241, 307230-307241,
307252-307263

worden geen verstrekkingen van het artikel 5 door de verzekering ten laste
genomen wanneer ze zijn verricht door een tandheekkundige houder van
de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie."