**Continuité des soins dentaires : prestations et remboursements dans le contexte de la crise COVID-19**

Nous voulons garantir la qualité et la continuité des soins lors de la crise COVID-19, dans le respect des règles de la distanciation sociale.

C'est pourquoi nous adaptons certaines règles de l'assurance soins de santé pour le remboursement des soins dentaires prodigués par les dentistes (articles 5 et 6 de la nomenclature).

Ces mesures seront d’application à partir du 1er mars et tout au long de la crise COVID-19.

Les conditions de remboursement liées à l'âge sont-elles ajustées?

Si une condition d'âge maximum est indiquée dans les conditions de remboursement d'une prestation et si le bénéficiaire atteint cet âge lors de la crise COVID-19, cet âge est prolongé de 6 mois.

Cela signifie que la nomenclature doit être lue comme, par exemple: "jusqu'au 18ème anniversaire + 6 mois" au lieu de "jusqu'au 18ème anniversaire".

Si une condition d'âge minimum est indiquée dans les conditions de remboursement d'une prestation et si le bénéficiaire atteint cet âge lors de la crise COVID-19, cet âge ne sera pas prolongé de 6 mois.

Cela signifie que la mention, par exemple, "à partir du 53ème anniversaire" dans la nomenclature reste inchangée. Ceci afin de préserver les droits des patients.

Quelques exemples d'application concrète:

Prestation 305933-305944 : 1er forfait au début du traitement orthodontique de première intention. Cette prestation doit être effectuée avant le 9ème anniversaire + 6 mois. Le 2ème forfait (305955-305966) peut être remboursé s'il a été effectué avant le 9ème anniversaire + 6 mois, à condition que le deuxième forfait soit émis au moins 6 mois après le 1er forfait.

Les prestations de l'article 5, §1 relatives aux prestations jusqu'au 18ème anniversaire peuvent être attestées jusqu'au 18ème anniversaire + 6 mois si le 18ème anniversaire du bénéficiaire tombe dans la période de la crise COVID-19.

La prestation 377230-377241 concernant le Conebeam CT est applicable jusqu'au 18ème anniversaire + 6 mois. La prestation similaire 307230-307241 peut être attestée du 18ème au 22ème anniversaire + 6 mois. Pour les ayants droits dont, respectivement, le 18ème ou le 22ème anniversaire tombe dans la période Covid-19, le dentiste peut, en principe, attester le code 377230-377241 ou le code 307230-307241.

Ce principe ne s'applique pas à la condition d'âge concernant les prestations spécifiques chez les patients cancéreux chez qui des dents ont été perdues ou qui présentent plusieurs anomalies dentaires suite à une chimiothérapie et/ou à une radiothérapie avant le 12ème anniversaire.

**Attention** : le 27 septembre 2023, un arrêté royal a été publié prévoyant la suppression au **1er janvier 2024** des mesures liées à l'âge du patient. **Pour les prestations effectuées depuis le 1er janvier 2024, les conditions normales de remboursement s'appliquent à nouveau.**

Quelles sont les adaptations dans le cadre des traitements orthodontiques?

En plus des conditions de remboursement liées à l'âge (voir ci-dessus), les annexes 60bis et 60 doivent être introduites auprès de la mutuelle respectivement avant le 9eme anniversaire + 6 mois et avant le 15eme anniversaire + 6 mois, pour les bénéficiaires dont l’anniversaire en question tombe dans la période Covid-19. De plus, la période de validité de la notification du début d'un traitement orthodontique régulier (annexe 60) est prolongée de 6 mois pour les notifications dont la période de validité prendraient, normalement, fin lors de la crise COVID-19.

Si la période maximale autorisée de 6 mois entre 2 prestations 305616-305620 se termine dans la crise COVID-19, cette période maximale est prolongée de 6 mois de telle sorte que cette période peut être de maximum 12 mois. La prestation 305653-305664 n'est pas adaptée compte tenu de cette prolongation de cette période autorisée entre deux prestations 305616-305620.

Les délais concernant la demande de prolongation d’un traitement orthodontique régulier (annexe 61) sont prolongés de 6 mois si la fin du délai tombe dans la période de crise COVID-19. Cela signifie que la demande doit, alors, avoir été reçue par la mutualité avant la fin de la période de 9 mois écoulés depuis la dernière prestation 305616-305620. En cas d'arrivée tardive, ici entre le 9ème et le 12ème mois, le Conseil Technique Dentaire peut décider d'accorder la prolongation. S'il est reçu plus de 12 mois après la dernière prestation 305616-305620, l’intervention de l'assurance maladie obligatoire cessera.

Le remboursement du traitement orthodontique se termine à la date du 22ème anniversaire + 6 mois, dans le cas où le 22ème anniversaire tombe dans la période de crise COVID-19.

**Attention** : le 27 septembre 2023, un arrêté royal a été publié prévoyant la suppression au **1er janvier 2024** des mesures concernant les délais de traitement orthodontique. **Pour les prestations effectuées depuis le 1er janvier 2024, les conditions normales de remboursement s'appliquent à nouveau.**

Y a-t-il des adaptations pour les prestations qui incluent également un suivi ?

L’intervention de l’assurance pour diverses prestations (prothèses amovibles, implants buccaux, chez les patients cancéreux et avec anodontie) comprend divers éléments, y compris des soins de suivi pendant une période de 30 jours.

Pour les prestations pour lesquelles une période de suivi (période durant laquelle un suivi doit avoir lieu sans qu'une prestation soit facturée) a été établie et si cette période court ou commence pendant la crise de Covid-19, cette période est suspendue du 1er mars à la fin de la crise de Covid-19. De plus, ce délai est prolongé de 30 jours.

Le principe de suspension et d'extension ci-dessus s’applique également à tout remplacement éventuel nécessaire pendant 12 mois suivant la mise en place de deux implants ostéo-intégrés (prestation 308512-308523).

**Attention** : le 27 septembre 2023, un arrêté royal a été publié prévoyant la suppression au **1er janvier 2024** des mesures concernant la période de suivi. **Pour les prestations effectuées depuis le 1er janvier 2024, les conditions normales de remboursement s'appliquent à nouveau.**

Pendant quelle période les mesures s'appliquent-elles?

Ces mesures exceptionnelles s'appliqueront à partir du 1er mars 2020 et resteront valables pour la période liée à la pandémie COVID-19.

**Attention** : Le 27 septembre 2023, un arrêté royal a été publié prévoyant la suppression au **1er janvier 2024** des mesures liées à l'âge du patient, des mesures concernant les délais de traitement orthodontique et la période de suivi. L'arrêté royal prévoit également la suppression des mesures relatives à l'adaptation du trajet de soins bucco-dentaires et de la règle de continuité pour le détartrage au **1er janvier 2025**.

Y a-t-il des ajustements concernant les remboursements en 2023 ?

Dans le cadre du trajet de soins buccaux et pour le détartrage par quadrant, le remboursement de l'assurance dépend parfois du recours à une prestation dentaire au cours de l'année civile précédente. En raison de la lutte contre la propagation du virus COVID-19, moins de contacts sont possibles entre le patient et le dentiste. Si, en conséquence de cela, il devait ne pas y avoir de contact en 2022, cela pourrait signifier une diminution du remboursement des soins dentaires pour des patients en 2023.

Pour y remédier, les prestations fournies en 2021 et 2022 seront prises en compte pour déterminer si la condition relative à la prestation de l'année précédente est remplie pour les prestations en 2023 dans le cadre du trajet de soins buccaux et pour le détartrage (302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223 et 302234-302245). Donc, la prestation requise peut avoir été effectuée en 2021 ou en 2022. Pour 2024, nous prendrons en compte les soins dentaires remboursés de 2022 et 2023.

**Attention** : le 27 septembre 2023, un arrêté royal a été publié prévoyant la suppression des mesures concernant l'adaptation du trajet de soins bucco-dentaires et de la règle de continuité pour le détartrage. La suppression de ces mesures prendra effet au **1er janvier 2025**. **Cela signifie que pour 2025, seuls les soins dentaires remboursés en 2024 seront pris en compte.**

Question?

* Les dispensateurs de soins de santé peuvent poser leurs questions sur les mesures INAMI prises pendant cette crise COVID-19 à [covid19@riziv-inami.fgov.be](mailto:covid19@riziv-inami.fgov.be).
* Pour toute autre question liée à la crise du Covid-19 : www.info-coronavirus.be ou 0800 14 689 de 8h à 20h.