

Art. 6. Algemeenheden.

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 25.5.2026" (in werking 1.6.2026)

"§ 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 tandheeldkundige, mag nooit samengevoegd worden met het honorarium voor een verstrekking inzake tandverzorging, met uitzondering van de radiografieën opgenomen in artikel 5, het bijkomend honorarium voor de op een brugdag verrichte technische verstrekking tijdens een georganiseerde wachtdienst en de verstrekking 371254-371265, 371232-371243, 301254-301265, 305911-305922 en 305572-305583."

"§ 1bis. Geschrapt door K.B. 6.6.2022 (in werking 1.7.2022)

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

"§ 1ter. Onder raadpleging wordt verstaan een mondtandonderzoek van de patiënt in de praktijkkamer van de tandheeldkundige 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)

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

"K.B. 29.5.2024" (in werking 1.7.2024)

"§ 1quinquies. De verstrekking 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422 of 309433-309444 mag per patiënt en per zorgverlener maximaal éénmaal per 7 kalenderdagen in rekening worden gebracht.

Per patiënt kan de verstrekking 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422 of 309433-309444 op dezelfde dag niet gecumuleerd worden met een andere verstrekking van artikel 5 en artikel 14 L van de nomenclatuur.

Per kalendermaand kan een zorgverlener maximum 20 keer de verstrekking 379411-379422 en/of 309411-309422 in rekening brengen.

Op de dagen waarop een tandarts werkt in het kader van een erkende georganiseerde wachtdienst, kunnen de verstrekkingen 379433-379444 en/of 309433-309444 maximum 20 keer per dag in rekening worden gebracht. Tijdens een georganiseerde wachtdienst mogen de verstrekkingen 379411-379422 en 309411-309422 niet gebruikt worden

Het tijdstip van de oproep, de zorgvraag en het antwoord op de gestelde zorgvraag moeten in het dossier van de patiënt geregistreerd worden."

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

"§ 2. Behoudens in dit artikel bepaalde uitzonderingen, zijn de regelen betreffende de ganse nomenclatuur toepasselijk op de verstrekkingen inzake tandverzorging en de praktiserenden 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) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018) + "K.B. 12.7.2023" (in werking 1.9.2023) + "K.B. 25.5.2026" (in werking 1.6.2026)

"§ 2bis. De verstrekkingen 371615-371626, 371571-371582, 371593-371604 en 301593-301604 mogen slechts onder de volgende voorwaarden worden geattesteerd :

De zorgverlener moet een individueel tandheelkundig dossier bijhouden en na elke tandheelkundige 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 tandheelkundige pathologieën;
- een exemplaar van de radiografieën of hun protocol van de vastgestelde pathologieën;
- het voorgestelde behandelingsplan tijdens dit mondonderzoek (voorziene verzorging met aanduiding van de te behandelen tanden);
- de toegediende zorg en/of medicatie;
- de eventuele doorverwijzing naar een andere zorgverlener;
- in voorkomend geval, de gegevens inzake de bepaling van de DPSI volgens de normen van de DPSI.

Tijdens de zittijd van een jaarlijks mondonderzoek zijn uitsluitend bijkomende korte preventieve aktes toegelaten zoals het verwijderen van tandplaque of een beetje tandsteen. Indien het bij de uitvoering van een jaarlijks mondonderzoek nodig is om, in het kader van het opmaken van een behandelingsplan, één of meerdere intrabuccale radiodiagnostische opnames te nemen en/of de DPSI te bepalen, dan zijn deze aktes inbegrepen in het honorarium van de verstrekking 371593-371604 of 301593-301604. De meting van de DPSI wordt aangeraden voor zover er tenminste 6 natuurlijke tanden en/of implantaten aanwezig zijn."

"K.B. 30.8.2013" (in werking 1.11.2013) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"§ 2ter. 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 tandheekundigen-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."

"K.B. 30.8.2013" (in werking 1.11.2013) + "K.B. 2.10.2014" (in werking 1.3.2015) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"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 tandheekundige of ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt."

"K.B. 2.10.2014" (in werking 1.3.2015) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"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."

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) + "K.B. 29.11.2017" (in werking 1.1.2018) + "K.B. 6.6.2022" (in werking 1.7.2022)

§ 3bis. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 304990-305001, 304916-304920 en 301210-301221 is enkel verschuldigd als de tandextractie gebeurt in één van de volgende omstandigheden :"

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

"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 tandheeskundige. De motivering hiervan wordt door de tandheeskundige 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. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

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

"K.B. 27.9.2015" (in werking 1.10.2015)

"§ 3ter. De verstrekkingen 373774-373785 en 303774-303785 geven recht op tegemoetkoming voor zover aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan :

- de verstrekking was urgent wegens acute pijn,
- de verstrekking werd na de aanvraag binnen de 24 uur uitgevoerd;
- het pulpaweefsel werd tenminste uit de pulpakamer en de wortelkanaalingen verwijderd,
- de tand werd tijdelijk afgesloten in afwachting van de verdere behandeling,

De verzekeringstegemoetkoming voor deze verstrekkingen is enkel verschuldigd indien geen enkele verstrekking 373774-373785 of 303774-303785 vergoed werd gedurende hetzelfde kalenderjaar.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 373575-373586, 303575-303586, 373774-373785 en 303774-303785 is enkel verschuldigd indien op dezelfde dag geen andere verstrekking van artikel 5 en/of 14l) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen werd uitgevoerd en/of geattesteerd."

"K.B. 11.5.2007" (in werking 1.6.2007) + "K.B. 27.9.2015" (in werking 1.10.2015)

"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. 30.8.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 27.9.2015" (in werking 1.10.2015)

"De verstrekkingen 303575-303586 en 373575-373586 kunnen enkel aangerekend worden :

- 's nachts van 21 uur tot 8 uur;
- of op zaterdag, zondag of een feestdag van 8 uur tot 21 uur;
- of de brugdag die conform § 2ter door het Verzekeringscomité werd goedgekeurd.

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

"K.B. 20.3.2009" (in werking 1.5.2009) + "K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010) + "K.B. 29.11.2017" (in werking 1.1.2018)

"§ 3quater. De verstrekkingen uit de rubriek «extracties» in geval van hechting omvatten zowel het hechten en het hechtmateriaal evenals het verwijderen van het hechtmateriaal. "

"K.B. 6.6.2022" (in werking 1.7.2022)

"Het bijkomend honorarium voor wondhechting kan enkel aangerekend worden indien dit gecumuleerd wordt samen met de volgende prestaties: 374975-374986, 374872-374883, 374754-374765, 374776-374780, 304975-304986, 304872-304883, 304990-305001, 304916-304920, 304754-304765, 304776-304780 en indien er geen cumul is met een heilkundige prestatie van artikel 14 I) in dezelfde opereerstreek. "

"K.B. 20.3.2009" (in werking 1.5.2009) + "K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010) + "K.B. 29.11.2017" (in werking 1.1.2018) + "K.B. 6.6.2022" (in werking 1.7.2022)

"In geval van een extractie voorzien onder 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221, geeft elke bijkomende extractie, volbracht in een zelfde zitting en in hetzelfde kwadrant recht op het honorarium vastgesteld voor de verstrekking nr. 374872- 374883, 304872-304883 of 304916-304920. Daarenboven is de verzekeringstegemoetkoming voor 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221 slechts eenmaal per dag verschuldigd.

"K.B. 20.3.2009" (in werking 1.5.2009) + "K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010) + "K.B. 29.11.2017" (in werking 1.1.2018)

Verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221 is slechts verschuldigd indien de noodzaak van de botresectie aangetoond wordt door een radiografie en het protocol van de ingreep. Deze gegevens dienen door de practicus in het dossier van de patiënt bewaard te worden en kunnen door de adviserend geneesheer ter inzage opgevraagd worden. De radiografie is inbegrepen in het honorarium voor de heilkundige extractie, indien uitgevoerd in dezelfde zitting."

"K.B. 11.12.2000" (in werking 1.3.2001)+ "K.B. 25.9.2014" (in werking 1.12.2014) + "K.B. 12.7.2023" (in werking 1.9.2023)

"§ 4. De verzekeringstegemoetkoming voor de (her)behandeling en vulling van één of meerdere wortelkanalen van eenzelfde tand, ongeacht het aantal tijdens de behandeling gevulde kanalen, is slechts verschuldigd, indien bij 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. Behalve voor éénwortelige melktanden toont de practicus dit aan door middel van een radiografie welke in het dossier van de patiënt wordt bewaard en door de adviserend geneesheer ter inzage kan worden opgevraagd."

"K.B. 11.12.2000" (in werking 1.3.2001) + "K.B. 22.11.2006" (in werking 1.1.2007) + "K.B. 30.8.2013" (in werking 1.7.2013)

"Deze verstrekkingen omvatten alle peroperatief gebruikte hulpmiddelen en peroperatieve radiografieën met het oog op het bepalen van de wortelkanaallengte en de controleradiografie(ën)."

"K.B. 18.4.2010" (in werking 1.6.2010) + "K.B. 27.9.2015" (in werking 1.10.2015)

"§ 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, 303575-303586, 373774-373785 en 303774-303785, 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. 27.6.2018" (in werking 1.8.2018) + "K.B. 24.1.2025" (in werking 1.2.2025)

"Vullingen van caviteiten en opbouwen uit de rubriek « conserverende verzorging » op melktanden of op blijvende tanden, uitgevoerd door middel van tandheelkundig amalgaam, geven geen recht op terugbetaling, tenzij de tandheelkundige dit vanwege specifieke medische behoeften van de patiënt strikt noodzakelijk acht. De verantwoording van het gebruik van het amalgaam moet door de tandheelkundige in het dossier van de patiënt bewaard worden en kan door de adviserend arts ter inzage opgevraagd worden. "

"K.B. 27.6.2018" (in werking 1.8.2018)

"Vullingen van caviteiten en opbouwen uit de rubriek « conserverende verzorging » bij zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven, uitgevoerd door middel van tandheelkundig amalgaam, geven geen recht op terugbetaling."

"K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"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."

"K.B. 6.11.2023" (in werking 1.1.2024) + "K.B. 28.3.2024" (in werking 1.4.2024)

"Voor de verstrekking 373796-373800 dient de agenesie van de overeenkomstige definitieve tand aangetoond te worden in het dossier van de patiënt."

"K.B. 9.1.2011" (in werking 1.3.2011) + "K.B. 12.7.2023" (in werking 1.9.2023)

"§ 4ter. Het gestandaardiseerd verslag van 301372-301383 en 371372-371383 omvat minimaal de registratie van :

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

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. 25.5.2024" (in werking 1.7.2024)

"§ 4^{quater}. De verstrekkingen 379514-379525 en 309514-309525 kunnen als bijkomend honorarium geattesteerd worden bij de verstrekkingen uit de rubriek "conserverende verzorging" en "extracties" en de verstrekkingen 371615-371626, 371571-371582, 371593-371604, 372514-372525, 372536-372540, 372153-372164, 372175-372186, 372190-372201, 372212-372223, 372234-372245, 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 301593-301604, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245 met uitzondering van de verstrekkingen 373590-373601, 373612-373623, 373575-373586, 373774-373785, 303590-303601, 303612-303623, 303575-303586, 303774-303785, 375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163, 373796-373800, 303796-303800 voor zorgverlening waarvan de uitvoering meer tijd vraagt wegens een handicap of blijvende functionele beperkingen van fysische of mentale aard bij de patiënt.

De verstrekkingen 379492-379503 en 309492-309503 kunnen als bijkomend honorarium geattesteerd worden bij de verstrekkingen 372455-372466, 372470-372481, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 372551-372562, 372573-372584, 372595-372606, 372610-372621, 372632-372643, 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 302551-302562, 302573-302584, 302595-302606, 302610-302621, 302632-302643 voor zorgverlening waarvan de uitvoering meer tijd vraagt wegens een handicap of blijvende functionele beperkingen van fysische of mentale aard bij de patiënt.

De motivering voor het attesteren van de verstrekkingen 379514-379525, 379492-379503, 309492-309503 en 309514-309525 en de documentering van de handicap worden door de practicus opgenomen in het dossier van de rechthebbende.

Het inroepen van een van deze tegemoetkomingsvoorwaarden behoort tot de verantwoordelijkheid van de behandelende practicus.

De verstrekkingen 379514-379525, 379492-379503, 309492-309503 en/of 309514-309525 zijn beperkt tot twee per dag per patiënt. "

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

"§ 5. Uitneembare partiële en volledige prothesen"

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005) + "K.B. 23.5.2017" (in werking 1.9.2017) + "K.B. 24.1.2025" (in werking 1.2.2025)

"1. Algemeen"

1.1. De formulieren, 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 die analoog wordt gemaakt is enkel verschuldigd indien ze vervaardigd wordt in minimum 4 fasen, tijdens ten minste 3 verschillende zittingen. De fasen zijn de standaardafdruk, individuele afdruk, beetrelatiebepaling, pas en plaatsing.

1.3 De verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd:

- voor een nieuwe partiële prothese van 1 tot en met 5 tanden die digitaal door de tandheelkundige wordt gescand, indien ze vervaardigd wordt in minimum 3 fasen, tijdens ten minste 3 verschillende zittingen. De fasen zijn de individuele afdruk, beetrelatiebepaling, pas en plaatsing ;

- voor een nieuwe partiële prothese van 6 tanden of meer die digitaal door de tandheelkundige wordt gescand, indien ze vervaardigd wordt in 4 fasen tijdens ten minste 3 verschillende zittingen. De fasen zijn de individuele afdruk, beetrelatiebepaling, pas en plaatsing ;

- voor een nieuwe volledige prothese die digitaal door de tandheelkundige wordt gescand en waarbij de bestaande volledige prothese als individuele lepel fungeert, indien ze vervaardigd wordt in minimum 3 fasen tijdens ten minste 3 verschillende zittingen. De fasen zijn de individuele afdruk, de beetrelatiebepaling, de pas en de plaatsing. In de andere gevallen is de verzekeringstegemoetkoming enkel verschuldigd wanneer de nieuwe volledige prothese, die digitaal door de tandheelkundige wordt gescand, vervaardigd wordt in 4 fasen tijdens ten minste 3 verschillende zittingen.

1.4 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 pas, maar voor de plaatsing en controle.

Als bewijs kunnen de gerealiseerde werken samen met de hogervermelde documenten door de verzekeringsinstelling opgevraagd worden.

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

Enkel in deze situatie kan afgeweken worden van de faseregeling vermeld onder 1.2. en 1.3.

1.5 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.

1.6 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" betreffende deze prothese geattesteerd worden, met uitzondering van de verstrekkingen 379013-379024, 379035-379046, 309013-309024 en 309035-309046.

1.7 De conformiteitsverklaring wordt, overeenkomstig artikel 21, paragraaf 2, en de bijlage XIII, sectie 1, van de verordening (EU) 2017/745 van het Europees Parlement en de Raad van 5 april 2017 betreffende medische hulpmiddelen, tot wijziging van de richtlijn 2001/83/EG, de verordening (EG) nr. 178/2002 en de verordening (EG) nr. 1223/2009, en tot intrekking van de Richtlijnen 90/385/EEG en 93/42/EEG van de Raad, vergezeld bij het afleveren van de prothese en moet ter beschikking gesteld worden van de patiënt.

De conformiteitsverklaring moet, overeenkomstig de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering, artikel 33, 8° en artikel 35, gedurende minstens 30 jaar bewaard worden in het dossier van de patiënt en ter beschikking van de adviserend arts en de artsen-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gehouden worden.

De wijze waarop de tandprothetische behandeling werd uitgevoerd, moet in het dossier van de patiënt geregistreerd worden. "

"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."

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005) + "K.B. 5.4.2011" (in werking 1.6.2011) + "K.B. 2.10.2015" (in werking 1.12.2015)

"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 en/of extractie van tanden wegens osteomyelitis, osteonecrose door bisfosfonaten, radiotherapie (tandaantasting en/of osteoradionecrose), antitumorale chemotherapie of behandeling met immunosuppressie-agens.
- 4) extracties van tanden ter preventie van endocarditis, tijdens de op punt stelling vóór een openhartoperatie of een orgaantransplantatie, antitumorale chemotherapie, behandeling met immunosuppressie-agens, radiotherapie of behandeling met bisfosfonaten.
- 5) congenitale agenesie van minstens DRIE blijvende tanden, met uitzondering van wijsheidstanden of ernstige aangeboren of erfelijke misvormingen van de kaakbeenderen of van tanden.
- 6) tandverlies ten gevolge van een tandtrauma bij een patiënt in behandeling voor epilepsie, veroorzaakt door een epileptische aanval."

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

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

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005) + "K.B. 29.9.2016" (in werking 1.12.2016)

"Voor de gevallen vermeld in 2.2.1) tot 6) wordt de verzekeringstegemoetkoming toegekend door de adviserend geneesheer wiens akkoord aangevraagd wordt met het formulier 57."

"K.B. 6.12.2005" (in werking 1.9.2005) + "K.B. 5.4.2011" (in werking 1.6.2011)

"Bij de criteria bedoeld in de punten 1) en 2) dient de prothese een bepalende rol te spelen in de behandeling van de pathologie. Bij het criterium preventie van endocarditis onder punt 4), dient de noodzaak van de tandextracties ter preventie van endocarditis door een cardioloog of een hartchirurg schriftelijk bevestigd te worden."

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

"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 tandheeskundige 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) + "K.B. 12.7.2023" (in werking 1.9.2023) + "K.B. 24.1.2025" (in werking 1.2.2025)

"2.4 De uitneembare prothesen voor de rechthebbenden tot de 19e verjaardag worden enkel toegestaan door de Technische tandheeskundige raad op basis van de voorwaarden zoals vermeld in 2.1, 2.2 en 2.3."

"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 tandheeskundige 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 tandheelkundige 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. 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;"

"K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010) + "K.B. 28.2.2014" (in werking 1.5.2014)

"2) deze uitneembare volledige onderprothese moet een correcte pasvorm, vormgeving, occlusie en articulatie hebben, minstens 12 maanden oud zijn;"

"K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010) + "K.B. 17.8..2019" (in werking 1.1.2020)

"3) de implantaten moeten een minimumdiameter van 2,9 mm en minimumlengte van 4 mm hebben op het osteoëntegreerd deel; "

"K.B. 12.11.2009" (in werking 1.1.2010)

"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 tandheelkundige dossier van de patiënt bewaard.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 308512-308523 is eenmalig en vergoedt de heelkundige 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. 25.5.2024" (in werking 1.7.2024)

"§ 5ter. De tegemoetkomingsregels voor de verstrekkingen uit de rubriek "tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie en/of oligodontie

A. Criteria betreffende de rechthebbende:

A.1. De verstrekkingen 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 372816-372820, 372831-372842, 372853-372864, 372875-372886, 372890-372901, 372912-372923, 372934-372945, 372956-372960, 309573-309584, 309595-309606, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746, 302750-302761, 302772-302783 en 302794-302805 worden enkel terugbetaald overeenkomstig de toepassingsregels zoals voorzien in punt B van deze paragraaf aan een rechthebbende bij in één van volgende indicaties :

A.1.a. De osteoëntegreerde implantaten genoten tegemoetkoming via de verstrekking 312756-312760 omwille van een ernstige functionele en psychosociale handicap ten gevolge van :

- een ernstige beendermutilatie na tumorresectie van de maxilla of mandibula ;
- of een orofaciale osteo(radio)necrose ;
- of anodontie van de blijvende tanden ;
- of meervoudige agenesieën zoals gedefinieerd in punt A.1.d.

A.1.b. Er zijn tanden verloren gegaan of is er sprake van meerdere, ernstige tandafwijkingen omwille van een graft-versus-host reactie in het orofaciaal gebied na stamceltherapie. Het tandverlies moet gedocumenteerd worden in het dossier van de patiënt.

A.1.c. Er zijn tanden verloren gegaan of is er sprake van meerdere, ernstige tandafwijkingen ten gevolge van chemotherapie en/of radiotherapie voor de 12e verjaardag. Het tandverlies moet gedocumenteerd worden in het dossier van de patiënt.

A.1.d. De patiënt vertoont agenesieën die gedefinieerd worden als een congenitale agenesie van ten minste vier blijvende tanden waarvan ten minste twee tanden in hetzelfde kwadrant, uitgezonderd verstandskiezen en laterale snijtanden. Vergoedbare prothetische herstellingen zijn alleen mogelijk op de plaats van de congenitale agenesieën. De congenitale agenesieën moeten aangetoond worden door de patiënt met behulp van elk mogelijk bewijsstuk (radiografie, tandheelkundig dossier).

A.2. De terugbetaling van de verstrekkingen 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309573-309584, 309595-309606, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 en 302750-302761 is daarenboven afhankelijk van het aantal aanwezige functionele steunpunten in de mond. Hierbij wordt aangenomen dat, voor een goede retentie en occlusale afsteuning van een tandprothese, twee niet-aangrenzende functionele steunpunten in beide laterale delen van de kaak volstaan, de hoektanden en implantaten inbegrepen.

B. Attesteringsregels

Per rechthebbende is de tegemoetkoming voor de verstrekkingen als volgt beperkt :

B.1. Voor de verstrekkingen metalen frame (Art. 5, §5, A) :

Voor de verstrekkingen 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562: éénmaal per kaak en per tijdvak van tien kalenderjaren.

Voor de doelgroep A.1.b. en A.1.c. alsook voor patiënten jonger dan 19 jaar die beantwoorden aan de voorwaarden van doelgroep A.1.d. , kunnen de verstrekkingen 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562 terugbetaald worden zonder het plaatsen van implantaten.

B.2. Voor de verstrekkingen adhesieve brug bestemd voor rechthebbenden jonger dan 19 jaar van de doelgroep A.1.d. (Art. 5, §5, B1) :

B.2.a. Voor de verstrekkingen 372816-372820 of 372831-372842 inclusief de bijkomende honoraria die de adhesieve brug vormen, maximaal drie adhesieve bruggen per kaak ;

B.2.b. De vernieuwing van iedere adhesieve brug die terugbetaald werd na de beslissing van de Technisch Tandheelkundige Raad, is slechts eenmaal per periode van twee kalenderjaren toegestaan. Het kalenderjaar van de plaatsing van de prothese telt als eerste van de twee kalenderjaren ;

B.2.c. Voor de verstrekkingen 372816-372820, 372831-372842, 372853-372864, 372875-372886, 372890-372901, 372912-372923, 372934-372945 en 372956-372960 moet het tandnummer of moeten de tandnummers van de locatie van deze verstrekkingen verplicht vermeld worden wanneer deze codes in rekening worden gebracht bij de verzekering voor geneeskundige verzorging ;

B.2.d. De maximale verzekeringstegemoetkoming voor de herstelling van een terugbetaalde adhesieve brug 372934-372945 wordt beperkt tot eenmaal per brug en per kalenderjaar ;

B.3. Voor de verstrekkingen osteogeïntegreerd implantaat, abutment, steeg, brug of kroon (Art. 5, §5, B2) :

B.3.a. Voor de verstrekkingen 309573-309584 en 309595-309606 : maximaal vier per kaak. Indien de rechthebbende voldoet aan het criterium A.1.a worden de implantaten vergoed via de verstrekking 312756-312760. Indien de rechthebbende reeds een tegemoetkoming genoot via de verstrekking 308512-308523, wordt de tegemoetkoming in de onderkaak beperkt tot maximaal tweemaal 309595-309606 ;

B.3.b. Voor de verstrekkingen 309610-309621 en 309632-309643: éénmaal per implantaat (maximaal 4 per kaak). Indien de rechthebbende reeds een tegemoetkoming genoot via de verstrekking 308534-308545, wordt de tegemoetkoming in de onderkaak beperkt tot maximaal tweemaal 309632-309643 ;

B.3.c. Voor de verstrekkingen 309654-309665 en 309676-309680: maximaal tweemaal per kaak ;

B.3.d. Voor de verstrekkingen 309691-309702 en 309713-309724: maximaal tweemaal per kaak ;

B.3.e. Een brug in de bovenkaak bestaat uit maximum 4 verstrekkingen 302654-302665 en maximum 8 verstrekkingen 302691-302702 ;

B.3.f. Een brug in de onderkaak bestaat uit maximum 4 verstrekkingen 302676-302680 en maximum 8 verstrekkingen 302713-302724 ;

B.3.g. Een enkele brug wordt terugbetaald per kaak en per tijdvak van vijftien kalenderjaren. Het kalenderjaar van de plaatsing van de brug telt als eerste van de vijftien kalenderjaren ;

B.3.h. Patiënten ouder dan 19 jaar van de doelgroep A.1.b. bij wie het niet mogelijk is om implantaten te plaatsen, kunnen genieten van een terugbetaling van de verstrekkingen 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702 en 302713-302724 die betrekking hebben op de brug ;

B.3.i. Voor de verstrekking herstelling 302772-302783, maximaal éénmaal per kalenderjaar en per terugbetaalde brug of kroon ;

B.3.j. Één enkele kroon op pijler 302735-302746 wordt vergoed per vergoedbaar implantaat en één enkele extensie 302750-302761 wordt vergoed per kroon op pijler 302735-302746 ;

B.3.k. De verstrekkingen voor brugwerk 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724 en kroonwerk 302735-302746, 302750-302761 kunnen niet op dezelfde locatie worden gecumuleerd.

B.3.l. Voor de verstrekkingen 302772-302783 moet het tandnummer van de locatie van deze verstrekking verplicht vermeld worden wanneer deze code in rekening worden gebracht bij de ziekteverzekering;

C. Criteria betreffende de verstrekkingen :

C.1. Enkel implantaten die voldoen aan alle voorwaarden van artikel 6 §5.bis 3), 4), 5) en 6) komen in aanmerking voor verzekeringstegemoetkoming.

C.2. De gebruikte prothesematerialen moeten een duurzaam karakter hebben.

C.3. De verstrekkingen 309573-309584 en 309595-309606 vergoeden de voorstudie, de heelkundige ingreep, het gebruikte materiaal, de opvolging en de eventueel noodzakelijke vervanging gedurende 12 maanden na plaatsing.

C.4. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 en 302750-302761 omvat de voorstudie, alle gebruikte materialen en kosten, de plaatsing, de controlezitting(en) en de nazorg gedurende 90 dagen na plaatsing.

D. Procedure en formulier :

De tegemoetkoming voor hogergenoemde verstrekkingen gebeurt middels een formulier, waarvan het model wordt vastgesteld door het Verzekeringscomité, namelijk de formulieren bijlage 90, bijlage 91 of bijlage 57bis.

D.1. Indien de rechthebbende voldoet aan criterium A.1.a, wordt het formulier (bijlage 90) ingevuld en bewaard in het dossier van de patiënt en wordt het ter beschikking gehouden van de adviserend arts. Niettemin moet het formulier naar de verzekeringsinstelling worden verzonden bij de aanvraag voor een tussenkomst voor een behandeling die voortijdig is afgebroken omwille van overlijden van de patiënt of om dringende medische redenen.

D.2. Wanneer de rechthebbende voldoet aan de criteria A.1.b. of A.1.c. moet het ingevulde formulier (bijlage 91) verplicht worden overgemaakt aan de verzekeringsinstelling, die het document doorzendt naar het RIZIV.

D.3. Wanneer de rechthebbende jonger dan 19 jaar voldoet aan de criteria A.1.d. en aanspraak wil maken op een tegemoetkoming voor een metalen frame 379536-379540 en/of 379551-379562 of een directe of indirecte adhesieve brug 372816-372820 en/of 372831-372842 en de bijhorende verstrekkingen, dient een aanvraag voor verzekeringstegemoetkoming ingediend te worden bij de Technisch tandheelkundige raad van wie de goedkeuring wordt gevraagd door middel van het formulier 57bis via de adviserend geneesheer die oordeelt over de volledigheid van het dossier.

Wanneer er ook een aanvraag wordt ingediend voor een uitneembare prothese overeenkomstig artikel 6 §5 5.2 van de nomenclatuur, moet het formulier 57bis verplicht bij formulier 57 gevoegd worden.

De meervoudige congenitale agenesieën moeten worden aangetoond met behulp van elk mogelijk bewijs dat aan het dossier wordt toegevoegd (röntgenfoto, tandheelkundig dossier, enz.).

Het formulier 57bis is deze waarvan het model als bijlage gaat, onder hetzelfde nummer, bij de verordening van 28 juli 2003 ter uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering en de uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Een akkoord van de Technisch tandheelkundige raad voor een tegemoetkoming voor een adhesieve brug blijft verworven. De vernieuwing van een adhesieve brug binnen de grenzen voorzien in de nomenclatuur (B.2.b) vereist geen nieuwe aanvraag.

D.4. Wanneer de rechthebbende voldoet aan criterium A.1.a., is de tegemoetkoming voor de verstrekkingen 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 en 302750-302761 uitsluitend mogelijk na akkoord van het College artsen directeurs voor een tegemoetkoming voor de verstrekking 312756-312760.

Een reglementair formulier waarvan het model als bijlage gaat bij de verordening van 28 juli 2003 moet worden ingevuld. Deze moet de volgende elementen bevatten :

- de datum waarop het College van artsen-directeurs de tegemoetkoming voor de verstrekking 312756-312760, alsook het aantal terugbetaalde implantaten heeft toegekend ;

- de vermelding van de aanwezige steunpunten in de boven- en/of onderkaak alsook, in functie daarvan, het gebruikte materiaal voor de opbouw.

D.5. Indien de rechthebbende voldoet aan de criteria A.1.b. of A.1.c. moet een reglementair formulier waarvan het model als bijlage gaat bij de verordening van 28 juli 2003 (bijlage 91) worden ingevuld. Deze moet de volgende elementen bevatten :

- de omschrijving van de oncologische ziekte van de rechthebbende ;
- ingeval van een oro-faciale tumor, de localisatie van de tumor ;

- de behandelingen die de rechthebbende heeft gevolgd voor de oncologische ziekte ;
- de functies van de rechthebbende waarop de ziekte en/of haar behandeling een impact heeft of hebben gehad ;
- de vermelding van de aanwezige steunpunten in de boven- en/of onderkaak alsook, in functie daarvan, het gebruikte materiaal voor de opbouw.

Dit formulier wordt vergezeld van een medisch verslag, dat opgemaakt werd na multidisciplinair consult in aanwezigheid van een arts-oncoloog en behandelende tandheekkundige.

D.6. Indien de prothetische werken voortijdig afgebroken worden omwille van overlijden van de patiënt of om dwingende medische redenen, en voor zover voldaan is aan de voorwaarden tot verzekeringstegemoetkoming voor één van de criteria onder A, bedraagt de tegemoetkoming :

- 30 % van de verzekeringstegemoetkoming die voorzien is voor één verstrekking 309573-309584 of 309595-309606 na de planning en voorbereidende werken en voor plaatsing van de implantaten ;
- 50 % van de verzekeringstegemoetkoming die voorzien is voor de verstrekkingen 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 en 302750-302761, na de definitieve afdruk ;
- 80 % van de verzekeringstegemoetkoming die voorzien is voor de verstrekkingen 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 372816-372820 en 372831-372842 ;
- 80 % van de verzekeringstegemoetkoming die voorzien is voor de verstrekkingen 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746 en 302750-302761 na de vervaardiging van de prothese, de brug of de kroon en voor zijn plaatsing ;

De gegevens die de fasen van het maken van prothesemateriaal aantonen moeten door de zorgverlener worden bewaard in het dossier van de patiënt en kunnen ter raadpleging worden opgevraagd door de adviserend arts.

Het formulier moet de modaliteiten bevatten die de verzekeringsinstellingen toelaten om correct tussen te komen bij voortijdige afbreken van de prothetische werken omwille van het overlijden van de patiënt of om dwingende medische redenen."

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

"Orthodontische behandelingen"

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"§ 6 ORTHODONTIE"

1. Algemeenheden.

1.1. Een orthodontische behandeling mag niet gestart noch voortgezet worden in een mond waarin de tanden niet verzorgd zijn."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 25.9.2014" (in werking 1.12.2014)

"1.2. De verstrekking 305830-305841 mag worden geattesteerd wanneer een orthodontisch onderzoek of advies vergezeld is van een verslag ter attentie van een tandheerkundige, een geneesheer, een logopedist of een kinesitherapeut. Ze kan ook worden geattesteerd bij de opmaak van een formulier bijlage 61 ter attentie van de Technisch tandheerkundige raad."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"1.3. De verstrekking 305911-305922 is eenmaal per kalenderjaar vergoedbaar en kan slechts eenmaal per teleradiografie geattesteerd worden.

1.4. Op voorwaarde dat er geen regelmatige orthodontische behandeling gestart werd, kan de verstrekking 305550-305561 meerdere malen geattesteerd worden, maar maximaal eenmaal per periode van 24 kalendermaanden. De periode begint bij de maand van de vorige verstrekking 305550-305561.

Het attesteren van de verstrekking 305933-305944 maakt een eenmalige afwijking op de hierboven vermelde algemene regel mogelijk. De vergoeding van de verstrekking 305550-305561 is dan toegestaan na een periode van 12 kalendermaanden. De periode begint bij de maand van de verstrekking 305933-305944.

1.5. De verstrekking 305572-305583 kan terugbetaald worden gedurende de periode bedoeld in punt 1.4., telkens een 305550-305561 terugbetaald wordt binnen de verplichte verzekering.

1.6. De adviserend geneesheer kan de modellen opvragen van de twee tandenbogen in gebruikelijke occlusie, vervaardigd tijdens de verstrekking 305550-305561, evenals de mededeling van de diagnostiek en/of het behandelingsplan die deel uitmaken van de verstrekking 305572-305583, en/of de schets van de verstrekking 305911-305922.

De verstrekking 305550-305561 kan niet geattesteerd worden indien de modellen gerealiseerd worden via Conebeam CT.

2. Leeftijdsgrens voor verzekeringstegemoetkoming.

2.1. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen van artikel 5, § 3 is niet meer verschuldigd vanaf de 15^e verjaardag van de verzekerde, behoudens andere bepalingen in de nomenclatuur. "

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.4..2022" (in werking 1.7.2022) + "K.B. 25.5.2026" (in werking 1.6.2026)

"2.2 De verzekeringstegemoetkoming kan zich voortzetten na de 15e verjaardag

* Tijdens de geldigheidsduur van bijlage 60 of zijn equivalent die kennis geeft van de start van een regelmatige orthodontische behandeling volgens de in punt 4.2 voorzien modaliteiten ;

* Tijdens een aan de gang zijnde regelmatige orthodontische behandeling voor de welke de patiënt van verzekeringstegemoetkoming geniet, en tijdens de eraan verbonden fase voor contentiecontrole ;

* Als de Technische tandheelkundige raad zijn akkoord heeft verleend voor een afwijking op de leeftijdsgrens.

Behoudens voor de gevallen vermeld in 4.4.1.1, is de verzekeringstegemoetkoming niet meer verschuldigd vanaf de 22e verjaardag van de verzekerde."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"3. Vroege orthodontische behandeling.

3.1. Definitie en verzekeringstegemoetkoming.

3.1.1. De vroege orthodontische behandeling is een behandeling:

- 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.

3.1.2. De verzekeringstegemoetkoming voor een vroege orthodontische behandeling is eenmaal verschuldigd aan de rechthebbende en beperkt zich tot :

- eenmaal de verstrekking 305933-305944 bij de start van de behandeling;
- eenmaal de verstrekking 305955-305966 bij het einde van deze behandelingsfase. "

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 25.5.2024" (in werking 1.7.2024)

" Het eerste forfait (305933-305944) moet geattesteerd worden vóór de 9e verjaardag van de rechthebbende. De tegemoetkoming voor een vroege orthodontische behandeling stopt definitief bij het begin van de regelmatige orthodontische behandeling en op datum van de verstrekking 305631-305642 en van de eerste 305616-305620."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)+ "K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

"De verzekeringstegemoetkoming voor de volledige vroege orthodontische behandeling bestaat uit 2 forfaits die de opmaak en het bewaren van de kennisgeving in het dossier van de patiënt, de apparatuur, het plaatsen van de apparatuur en de behandelingzittingen omvat. "

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"Het eerste forfait 305933-305944 moet onmiddellijk 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 6^e kalendermaand van de behandeling die start met de maand van de verstrekking 305933-305944.

"K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

3.1.3 Om te kunnen genieten van een verzekeringstegemoetkoming voor een vroege orthodontische behandeling dient bijlage 60bis of zijn equivalent opgemaakt te worden uiterlijk ten laatste op de dag van de plaatsing van de apparatuur en in het dossier van de patiënt bewaard te worden en ter beschikking van de adviserend arts gehouden te worden ;

~~3.2. Kennisgeving van de start van een vroege orthodontische behandeling.~~ Geschrapd door K.B. 10.4.2022 (in werking 1.7.2022)

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"4. Regelmatige orthodontische behandeling.

4.1. Definitie en verzekeringstegemoetkoming.

4.1.1. Het geheel van de forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting, met inbegrip van de verstrekkingen 305653-305664 vormt de regelmatige orthodontische behandeling. Deze start bij de eerste 305616-305620, uitgevoerd op de dag van het plaatsen van de apparatuur.

Bij een verlenging van een orthodontische behandeling toegekend door de Technisch tandheekkundige raad, is de notie regelmatige orthodontische behandeling van toepassing op de bijkomende verstrekkingen 305734-305745, die dezelfde regeling volgt als voor de 305616-305620.

4.1.2. De verzekeringstegemoetkoming voor een regelmatige orthodontische behandeling is eenmaal verschuldigd aan de verzekerde en ten vroegste na een periode van 12 kalendermaanden indien de regelmatige orthodontische behandeling opgestart wordt na een vroege orthodontische behandeling. De periode begint met de maand van de verstrekking 305933-305944.

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

"4.1.3. De verzekeringstegemoetkoming voor een regelmatige orthodontische behandeling bestaat uit 2 forfaits voor apparatuur en 36 verstrekkingen 305616-305620, met inbegrip van de verstrekking 305653-305664:

- eenmaal de verstrekking 305631-305642 bij aanvang van de regelmatige orthodontische behandeling, als de apparatuur wordt geplaatst
- eenmaal de verstrekking 305675-305686 na minstens 6 forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting en, ten vroegste, tijdens de 6^e maand van de regelmatige behandeling.
- De opmaak en de bewaring van bijlage 60 of zijn equivalent in het dossier van de patiënt zijn inbegrepen in de verzekeringstegemoetkoming voor de regelmatige orthodontische behandeling ;
- de verzekeringstegemoetkoming voor de forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting wordt beperkt tot 36 forfaits met een maximum van 6 forfaits per semester en een maximum van 2 forfaits per kalendermaand.
- het eerste semester van de regelmatige orthodontische behandeling begint met de kalendermaand van de eerste 305616-305620, onmiddellijk geattesteerd op de dag van het plaatsen van de apparatuur. Het begin van dit eerste semester bepaalt de volgende semesters.
- een getuigschrift kan tot 6 forfaits 305616-305620 omvatten op voorwaarde dat een periode van 18 kalendermaanden niet wordt overschreden. Deze periode start met het eerste forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting.
- in geval van gebruik van de 305653-305664, wordt het getuigschrift onmiddellijk opgemaakt.
- na een onderbreking van een periode van meer dan 6 kalendermaanden van regelmatige behandeling, wordt de kalendermaand waarin men de regelmatige behandeling herneemt de nieuwe referentie voor de berekening van het volgende behandelingssemester."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 25.9.2014" (in werking 1.12.2014)

"4.1.4. In geval van kaak- en gehemeltepletten kan de Technisch tandheelkundige raad, een tweede en daarna een derde maal de verstrekking 305675-305686 toekennen. In die uitzonderlijke gevallen moet er via de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling een aanvraag worden ingediend bij de Technisch tandheelkundige raad door middel van een reglementair formulier bijlage 61, ingevuld en ondertekend door de tandheelkundige."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"De aanvraag, waarin de noodzaak voor nieuwe apparatuur wordt verantwoord, moet gedetailleerde gegevens bevatten betreffende de orthodontische diagnose, de voorgeschiedenis van de lopende behandeling, de behaalde resultaten en het plan voor de verdere behandeling.

"K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

4.2. Kennisgeving van de aanvang van de regelmatige orthodontische behandeling.

4.2.1. Opdat de patiënt kan genieten van een verzekeringstegemoetkoming, moet ten laatste op het moment van de aanvang van de regelmatige orthodontische behandeling bijlage 60 of zijn equivalent opgemaakt en bewaard worden in het dossier van de patiënt en ter beschikking van de adviserend arts gehouden worden.

4.2.2. De regelmatige orthodontische behandeling moet beginnen vóór de 15e verjaardag.

4.2.3. In het geval dat de behandeling niet gestart kan worden vóór de 15de verjaardag van de verzekerde, kan de practicus de prestatie 305572-305583 volgens de voorwaarden vermeld in punt 1.5 of de pseudocode 305690-305701 tussen de 13e en de 15e verjaardag attesteren. Die prestatie of die pseudocode dienen ten laatste vóór de 15^{de} verjaardag van de verzekerde in het bezit te zijn van de verzekeringsinstelling. De orthodontische behandeling moet aanvangen binnen een periode van 24 kalendermaanden vanaf de datum van de code 305572-305583 of 305690-305701.

4.2.4. Als het voorzien is om de regelmatige orthodontische behandeling te starten vanaf de datum van de 15e verjaardag van de rechthebbende en buiten de geldigheidstermijn van de codes 305572-305583 of 305690-305701, kan de pseudocode 305756-305760 geattesteerd worden als een kennisgeving ten bewarende titel aan de verzekeringsinstelling. De geldigheidsduur van deze kennisgeving dmv. deze code eindigt op de 22e verjaardag van de verzekerde.

4.2.4.1. Om geldig te zijn en in aanmerking te worden genomen, dient een kennisgeving ten bewarende titel dmv. 305756-305760 geattesteerd te worden ten vroegste binnen de periode van 24 kalendermaanden voorafgaand aan de 15e verjaardag van de rechthebbende en ten laatste vóór de 15e verjaardag in het bezit te zijn van de verzekeringsinstelling. Het dossier van de patiënt moet uitdrukkelijk een gedetailleerde rechtvaardiging van het uitstel van de aanvang van de behandeling omvatten.

4.2.4.2. Een kennisgeving na de 13e verjaardag van de patiënt dmv. de code 305572-305583 of 305690-305701 kan tijdens zijn geldigheidsduur worden omgezet in een kennisgeving ten bewarende titel door het attesteren van 305756-305760. Het dossier van de patiënt moet uitdrukkelijk een gedetailleerde rechtvaardiging van het uitstel van de aanvang van de behandeling omvatten.

4.2.5. Ten laatste tijdens de maand volgend op deze van de ontvangst van één van de codes 305631-305642, 305572-305583, 305690-305701 of 305756-305760 zal de verzekeringsinstelling de rechthebbende informeren over de verstrekkingen waarvoor de rechthebbende nog van verzekeringstegemoetkoming kan genieten. Rekening houdend met de elementen waarover ze beschikt, maakt de verzekeringsinstelling een historiek over met de reeds gebruikte orthodontische codes.

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"4.3 Melding van een onderbreking van de regelmatige behandeling.

4.3.1. Een onderbreking van een regelmatige orthodontische behandeling langer dan een periode van zes kalendermaanden tussen 2 verstrekkingen 305616-305620 die niet gemeld werd, leidt tot het definitief verlies van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen van de rubriek "Orthodontie". De periode vangt aan in de maand van de verstrekking 305616-305620 die aan de onderbreking voorafgaat.

Een onderbrekingsperiode van meer dan zes kalendermaanden dient te worden gemeld bij de adviserend geneesheer. Deze melding dient de verzekeringsinstelling te bereiken binnen de door de nomenclatuur bepaalde termijnen.

Het attesteren van de 305653-305664 in plaats van de 305616-305620 tijdens een regelmatige orthodontische behandeling geldt als melding van de aanvang van een eventuele onderbrekingsperiode van meer dan zes maanden. De adviserend geneesheer kan evenwel aan de practicus vragen om schriftelijk de redenen voor deze onderbreking te verantwoorden. "

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

"Indien uitzonderlijk, de melding van de onderbreking niet kan gebeuren door middel van de verstrekking 305653-305664, dient ze schriftelijk te worden gedaan door de behandelende practicus met toelichting van de redenen voor deze onderbreking. "

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"In geval van onvrijwillige onderbreking van de regelmatige orthodontische behandeling, die te wijten is aan de practicus, stelt de adviserend geneesheer een dossier samen waarin wordt vermeld of het voor de practicus al dan niet om een geval van overmacht gaat. Dat dossier wordt aan de Technisch tandheelkundige raad bezorgd opdat deze een beslissing zou nemen over de voortzetting van de verzekeringstegemoetkoming."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

"4.3.2. Om binnen de vereiste ontvangstermijnen te zitten, moet de verzekeringsinstelling de melding van de onderbreking ontvangen hebben ten laatste voor het einde van de periode van 6 kalendermaanden die loopt sinds de laatste 305616-305620, of ten minste voor deze datum te zijn gepost. De poststempel geldt als bewijs. De periode begint bij de maand van deze laatste verstrekking."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"4.3.3. Elke regelmatige orthodontische behandeling, kan indien nodig, hernomen worden tijdens de eventuele onderbrekingsperiode van zes maanden die voorafgaandelijk werd gemeld.

4.4 Afwijking op de leeftijdsgrens.

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

"4.4.1. Als de kennisgeving voor aanvang van een orthodontische behandeling niet gedaan werd voor de datum van de 15e verjaardag van de rechthebbende overeenkomstig de bepalingen in punt 4.2, kan de verzekerings-tegemoetkoming voor een regelmatige orthodontische behandeling uitzonderlijk worden toegestaan door de Technisch tandheelkundige raad na deze datum, voor zover de verzekerde de datum van de 22e verjaardag niet bereikt heeft op het moment van de ontvangst van de aanvraag door de verzekeringsinstelling. Minstens dient ze voor deze datum per post te zijn opgestuurd (de poststempel geldt als bewijs). "

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"4.4.1.1. voor craniofaciale groeistoornissen met rechtstreekse gevolgen voor de positie en relatie van de tanden die in onderstaande lijst worden vermeld:

Craniofaciale dysplasieën (misvorming van schedelbeenderen in het aangezicht)

- * met splijting van boven- of onderkaak (schizis)
- * met geheel of gedeeltelijk ontbreken van bot (dysostosis) ter hoogte van de middenlijn of lateraal
- * met abnormaal samengroeien van bot (synostosis)
- * met geheel of gedeeltelijk ontbreken van bot + abnormaal samengroeien van bot

- Crouzon syndroom
- Apert syndroom
- Triphyllocephalie

Craniofaciale dysplasieën met synchondrose (met stoornis in de groei van het kaakbeen)

- * Ziekelijke stoornis in de ontwikkeling van het kraakbeen veroorzaakt gebrekkige groei en verkromming van de lange beenderen (achondroplasie)

Craniofaciale dysplasieën van andere oorsprong

* *Osseuze dysplasieën*

- Osteopetrosis
- Craniotubulaire dysplasie
- Fibreuze dysplasie

* *Huid dysplasieën*

- Ectodermale dysplasie
- Neurocutaneuze dysplasie
- Neurofibromatose

* *Neuromusculaire dysplasieën*

- Pierre Robin sekwentie
- Mobius syndroom

** Musculaire dysplasieën*

- Glossoschizis (gespleten tong)
- Aglossie
- Mimische spieren agenesie (cardiofaciaal syndroom - syndroom van Cayler)

** Vasculaire dysplasieën*

- Hemangioom
- Lymfangioom
- Hemolymfangioom"

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

"4.4.1.2. voor situaties waarin de orthodontische tenlasteneming binnen de termijnen vastgesteld door de nomenclatuur verhinderd werd omwille van een ernstige mentale afwijking van de verzekerde, of van de intensieve opvolging en behandeling van een ernstige pathologie op het gebied van de algemene gezondheid, zoals een ernstige oncologische ziekte of een ernstig trauma. Deze pathologie moet verschenen zijn, ofwel gedurende de geldigheidstermijn van 24 kalendermaanden vanaf de datum van de code 305572-305583 of 305690-305701 die doorloopt na de 15e verjaardag, ofwel gedurende de periode van 24 kalendermaanden voorafgaand aan de 15e verjaardag van de rechthebbende. De laatste maand van de periode komt overeen met diegene van de 15e verjaardag van de patiënt. "

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"4.4.1.3. voor congenitale agenesie van minstens DRIE blijvende tanden, met uitzondering van wijsheidstanden"

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 25.9.2014" (in werking 1.12.2014)

"4.4.2. Om een afwijking op de leeftijdsgrens aan te vragen, moet een door de practicus ingevuld en ondertekend reglementair formulier (bijlage 61), aangevuld met de elementen die de pathologie aantonen, bezorgd worden aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Die moet het formulier overmaken aan de Technische tandheelkundige raad. Deze aanvraag bevat een gedetailleerde beschrijving van de initiële dysmorphose en het behandelingsplan. Voor de situaties bedoeld onder 4.4.1.2., moet ze worden aangevuld door de historiek van de ziekte en een omstandig verslag, opgesteld door de geneesheer-specialist die de aandoening behandelt."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"De adviserend geneesheer kan, vooraleer ze door te sturen, vragen om de aanvraag te vervolledigen indien deze niet alle elementen uit voorgaande alinea omvat.

4.5 Verlenging van een regelmatige orthodontische behandeling.

4.5.1. Een verlenging van een regelmatige orthodontische behandeling kan verantwoord zijn na het zesendertigste forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting. De verzekeringstegemoetkoming voor deze uitzonderlijke verlenging is pas verschuldigd na voorafgaand akkoord van de Technisch tandheelkundige raad die het aantal bijkomende forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting bepaalt, te coderen onder het nr. 305734-305745.

De uitzonderlijke verzekeringstegemoetkoming kan toegekend worden voor de verlenging van behandelingen van:

- dysmorphieën in geval van de dysplasieën genoemd onder punt 4.4.1.1.;
- dento-alveolo-maxillaire dysmorphieën indien de sagittale OF verticale skeletale verhoudingen van de onder en bovenkaak een variatie van meer dan 2 standaardafwijkingen vertonen ten opzichte van het gemiddelde;
- ingesloten maxillaire hoektanden met een complexiteitsindex (S. Pitt et al.) van minstens 3."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 25.9.2014" (in werking 1.12.2014)

"4.5.2. Om een verlenging aan te vragen moet na afloop van de 36 forfaits 305616-305620 (met inbegrip van de eventuele 305653-305664), een door de practicus ingevulde en ondertekende aanvraag (bijlage 61) bezorgd worden aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Die moet het doorsturen naar de Technische tandheelkundige Raad. Deze aanvraag bevat een gedetailleerde beschrijving van de initiële dysmorphose, de behaalde resultaten en het initiële en toekomstige behandelingsplan."

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014)

"De Technische tandheelkundige raad kan alle voorafgaande en actuele orthodontische diagnose-elementen opeisen.

4.5.3. De verzekeringstegemoetkoming voor de verlenging van de regelmatige behandeling is verschuldigd vanaf de 1e kalendermaand die volgt op de datum van het laatste forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting, ongeacht de bepalingen van artikel 5 van de nomenclatuur aangaande de verstrekking 305616-305620 en de frequentie van de forfaits voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting.

4.5.4. Om ononderbroken van verzekeringstegemoetkoming te kunnen genieten, dient de verzekeringsinstelling de aanvraag voor verlenging van regelmatige orthodontische behandeling te hebben ontvangen voor het einde van de periode van 3 kalendermaanden die loopt sinds de laatste 305616-305620, of ten minste voor deze datum te zijn gepost. De poststempel geldt als bewijs. De periode begint met de maand van het laatste 305616-305620.

Laattijdige ontvangst, na de periode van 6 kalendermaanden zoals omschreven in punt 4.3.2., wordt gelijkgesteld met een onderbreking van de regelmatige orthodontische behandeling en leidt tot een automatische stopzetting van de tussenkomst van de verzekeringsinstelling. Indien aan de bepaling van het laatste lid van 4.3.1 is voldaan is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd vanaf de kalendermaand van ontvangst van de aanvraag bij de verzekeringsinstelling.

In geval van laattijdige ontvangst, na de periode van 3 kalendermaanden en binnen de periode van 6 kalendermaanden, kan de Technisch tandheelkundige raad toch de gevraagde verlenging toekennen. De verzekeringstegemoetkoming is desgevallend verschuldigd vanaf de kalendermaand van ontvangst van de aanvraag bij de verzekeringsinstelling.

Het gebruik van de 305653-305664 als laatste forfait voor een regelmatige orthodontische behandelingszitting laat niet toe om af te wijken van de bepalingen vermeld onder dit punt.

5. De contentiecontrolezittingen.

Zij hebben tot doel de stabiliteit van het bekomen resultaat te evalueren op het einde of tussen de behandelingsfasen door.

5.1. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 305852-305863 is 12 maal verschuldigd per rechthebbende, met een maximum van 4 per kalenderjaar, voor zover de patiënt heeft genoten van de terugbetaling voor een regelmatige orthodontische behandeling en er niet van werd uitgesloten.

5.2. De verstrekking 305852-305863 is niet onderworpen aan de onderbrekingsregels van een behandeling vermeld in punt 4.3.

6. Diverse bepalingen.

6.1. De verstrekkingen 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745 evenals de verstrekking 305852-305863 kunnen niet tijdens dezelfde dag worden uitgevoerd.

6.2. De verstrekkingen 305830-305841 en 305550-305561 kunnen niet worden gecumuleerd.

6.3. Er is geen verzekeringstegemoetkoming voor de aanpassing, het herstel of de vervanging van de apparatuur bedoeld onder de n° 305933-305944, 305955-305966 en 305631-305642, 305675-305686, in gevolge de evolutie van de behandeling, verlies, breuk of beschadiging.

"K.B. 4.12.2013" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

"6.4. De beslissingen inzake verzekeringstegemoetkoming voor een orthodontische behandeling en de onderbrekingen van een orthodontische behandeling, beiden ingegaan vóór de datum van inwerkingtreding van het Koninklijk besluit van 10 april 2022, blijven gelden conform de bepalingen van artikel 6, § 6. Voor de behandelingen waar de adviserend geneesheer initieel niet alle verstrekkingen 305616-305620 had toegekend, wordt de tegemoetkoming voor 36 verstrekkingen 305616-305620 verzekerd.

6.5. De kennisgevingen die door middel van bijlage 60 bij de verzekeringsinstellingen ontvangen werden vóór de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 10 april 2022, kunnen tijdens hun geldigheidsduur omgezet worden in een kennisgeving ten bewarende titel volgens de voorwaarden voorzien in punt 4.2.4.2.

Deze mogelijkheid geldt ook voor de gevallen in hierna volgend punt 6.6. "

"K.B. 10.4.2022" (in werking 1.7.2022)

"6.6. In het geval dat de behandeling niet gestart kan worden voor de 15de verjaardag van de verzekerde en bij gebrek aan de codes 305572-305583, 305690-305701 ou 305756-305760, kan de ontvangst van een kennisgeving dmv. een bijlage 60, al dan niet ten bewarende titel, die opgemaakt is voor de datum van in voege treden van het koninklijk besluit van 10 april 2022 en vanaf deze datum ingediend bij de verzekeringsinstelling vóór de 15de verjaardag van de rechthebbende, nog aanvaard worden. Deze mogelijkheid is beperkt tot een periode van 2 jaar tellende vanaf de opmaakdatum van bijlage 60."

In dat geval en onder voorbehoud van de onder punt 4.2. opgenomen bepalingen is de geldigheidstermijn binnen dewelke de regelmatige orthodontische behandeling kan starten 24 kalendermaanden te tellen vanaf de datum van in voege treden van het koninklijk besluit van 10 april 2022, behalve bij een kennisgeving ten bewarende titel.

§ 7. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 8. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 8bis. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 9. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 10. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 10bis. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 11. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 12. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 13. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 14. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 15. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

§ 16. *Geschrapt door K.B. 4.12.2013 (in werking 1.4.2014)*

"K.B. 7.6.1991" (in werking 1.6.1991) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"§ 17. Radiografieën"

"K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"1. Algemeen."

"K.B. 31.8.2011" (in werking 1.3.2011) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"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 voortspruitende 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."

"K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"2. Cumul en toegang."

"K.B. 31.8.2011" (in werking 1.3.2011) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

+ "K.B. 28.3.2024" (in werking 1.4.2024)

" De honoraria voor de verstrekkingen 377112 - 377123, 377134 - 377145, mogen evenwel niet worden gecumuleerd met de honoraria voor de verstrekking 455630 - 455641.

"K.B. 31.8.2011" (in werking 1.3.2011) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

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."

"K.B. 31.8.2011" (in werking 1.3.2011) + "K.B. 25.9.2014" (in werking

1.12.2014) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018) + "K.B. 28.3.2024" (in werking 1.4.2024) + Erratum B.S. 10.4.2024 (in werking 1.4.2024)

"De verstrekkingen 377112-377123, 377134-377145 377296-377300, 377311-377322, 377230-377241, 377333-377344, 377355-377366, 307296-307300, 307311-307322, 307230-307241, 307252-307263, 307333-307344 en 307355-307366 worden eveneens gehonoreerd wanneer ze worden verricht door een als geneesheerspecialist voor radiologie erkend geneesheer, onder de voorwaarden gesteld in artikel 17."

"K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"3. Voorschrijven tandheekkundige 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 tandheekkundige 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;
- 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 eisbaar, 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."

"K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"4. Richtlijnen panoramische opname."

"K.B. 25.9.2014" (in werking 1.12.2014) + "K.B. 7.1.2018" (in werking 1.2.2018)

"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.

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"

"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 aantoont 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. 12.7.2023" (in werking 1.9.2023) + "K.B. 25.5.2026" (in werking 1.6.2026)

"§ 18. Met uitzondering van de verstrekkingen 371092-371103, 301092-301103, 371114-371125, 301114-301125, 371254-371265 en 301254-301265, worden alle verstrekkingen van het artikel 5 door de verzekering ten laste genomen wanneer ze zijn verricht door een kandidaat algemeen tandarts onder de voorwaarden in art. 4, § 3 en 4, een tandheelkundige houder van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts, een arts-specialist in de stomatologie of een arts-tandarts."

"K.B. 12.7.2023" (in werking 1.9.2023) + "K.B. 28.3.2024" (in werking 1.4.2024) + "K.B. 25.5.2024" (in werking 1.7.2024) + "K.B. 29.5.2024" (in werking 1.7.2024)

"Met uitzondering van de verstrekkingen

371114-371125, 301114-301125, 371033-371044, 301033-301044, 371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081, 371195-371206, 301195-301206, 301210-301221, 371254-371265, 301254-301265, 371276-371280, 301276-301280, 371291-371302, 301291-301302, 371313-371324, 301313-301324, 371335-371346, 301335-301346, 371350-371361, 301350-301361, 371372-371383, 301372-301383, 371615-371626, 371571-371582, 371696-371700, 301696-301700, 371711-371722, 301711-301722, 371733-371744, 301733-301744, 371755-371766, 301755-301766, 371770-371781, 301770-301781, 372153-372164, 302153-302164, 372175-372186, 302175-302186, 372190-372201, 302190-302201, 372212-372223, 302212-302223, 372234-372245, 302234-302245, 374975-374986, 304975-304986, 374872-374883, 304872-304883, 304990-305001, 304916-304920, 374754-374765, 304754-304765, 374776-374780, 304776-304780, 375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163, 308512-308523, 377296-377300, 377311-377322, 307296-307300, 307311-307322, 377112-377123, 377134-377145, 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263, 377333-377344, 377355-377366, 307333-307344, 307355-307366, 379514-379525, 309514-309525, 389631-389642, 389653-389664, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 379492-379503, 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 309492-309503, 372551-372562, 302551-302562, 372573-372584, 302573-302584, 372595-372606, 302595-302606, 372610-372621, 302610-302621, 372632-372643, 302632-302643, 309573-309584 en 309595-309606; 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444 worden geen verstrekkingen van het artikel 5 door de verzekering ten laste genomen wanneer ze zijn verricht of gedelegeerd door een kandidaat-specialist in de parodontologie onder de voorwaarden in art. 4, § 3 en 4, of een tandheeskundige houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de parodontologie.

"K.B. 12.7.2023" (in werking 1.9.2023) + "K.B. 28.3.2024" (in werking 1.4.2024) + Erratum B.S. 10.4.2024 (in werking 1.4.2024) + "K.B. 25.5.2024" (in werking 1.7.2024) + "K.B. 29.5.2024" (in werking 1.7.2024) + "K.B. 25.5.2026" (in werking 1.6.2026)

Met uitzondering van de verstrekkingen

371092-371103, 301092-301103, 371033-371044, 301033-301044, 371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081, 371232-371243, 371615-371626, 371571-371582, 371593-371604, 301593-301604, 305550-305561, 305572-305583, 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745, 305631-305642, 305675-305686, 305830-305841, 305852-305863, 305911-305922, 305933-305944, 305955-305966, 377031-377042, 307031-307042, 377053-377064, 307053-307064, 377296-377300, 377311-377322, 307296-307300, 307311-307322, 377112-377123, 377134-377145, 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263, 377333-377344, 377355-377366, 307333-307344, 307355-307366, 389631-389642 en 389653-389664, 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444 worden geen verstrekkingen van het artikel 5 door de verzekering ten laste genomen wanneer ze zijn verricht door een kandidaat-specialist in de orthodontie onder de voorwaarden in art. 4, § 3 en 4, of een tandheerkundige houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie. "

"K.B. 12.7.2023" (in werking 1.9.2023)

"§ 18bis. In uitvoering van artikel 4, § 5 van de nomenclatuur, worden de verstrekkingen 372455-372466, 372470-372481, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 372551-372562, 302551-302562, 372573-372584, 302573-302584, 372595-372606, 302595-302606, 372610-372621, 302610-302621, 372632-372643, 302632-302643, 309492-309503, 379492-379503 ten laste genomen door de verzekering wanneer ze worden uitgevoerd door een mondhygiënist op voorwaarde dat ze door een tandheerkundige, die zelf bevoegd is om de handeling te attesteren krachtens artikel 6, § 18, worden voorgeschreven. Deze verstrekkingen moeten bij de verzekering voor geneeskundige verzorging in rekening worden gebracht door een tandheerkundige die bevoegd is om de verstrekking te attesteren, die de mondhygiënist door middel van zijn naam en RIZIV-nummer identificeert op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

Om in aanmerking te worden genomen moeten de verstrekkingen 372455-372466, 372470-372481, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 372551-372562, 302551-302562, 372573-372584, 302573-302584, 372595-372606, 302595-302606, 372610-372621, 302610-302621, 372632-372643, 302632-302643, 309492-309503, 379492-379503 voldoen aan de volgende voorwaarden :

1° voorgeschreven zijn door een tandheerkundige die de patiënt in behandeling heeft en die bevoegd is om deze verstrekkingen krachtens artikel 6, § 18 in rekening te brengen ;

2° op het voorschrift worden vermeld :

- a) De naam, voorna(a)m(en), geboortedatum en geslacht van de patiënt ;
- b) De uit te voeren verstrekking(en) ;
- c) De relevante klinische informatie na karakterisering
- d) De relevante bijkomende inlichtingen zoals bijvoorbeeld een allergie, diabetes, nierinsufficiëntie, zwangerschap, implantaten, endocarditis of andere ;
- e) De identificatie van de voorschrijver met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer ;
- f) De datum van het voorschrift ;
- g) De handtekening van de voorschrijver ;

Het aanvraagformulier dat gebruikt wordt 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 uit te voeren behandeling is vereist ;

3° Het voorschrift heeft een geldigheidsduur van 6 maanden ;

4° Zonder afbreuk te doen aan andere geldende regelgevingen moeten de voorschriften vijf jaar bewaard worden in het dossier van de patiënt, vanaf de uitvoering van het voorschrift, door de verstrekker die de verstrekking in rekening brengt. Ze zijn ter verificatie opeisbaar door de adviserend arts en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ; ; "

"K.B. 2.6.2015" (in werking 1.7.2015)

"§ 19. Aan elke verstrekking van artikel 5 wordt een wegingscoëfficiënt P toegekend, die het deel van de acte (onderzoek of behandeling) omvat waarvoor de bekwaming van een tandheeskundige noodzakelijk vereist is. De coëfficiënt P geeft niet de tussenkomst van een derde die geen tandheeskundige is, noch de kost van het gebruikte materiaal, noch de afbetaling van de gebruikte middelen weer.

De verzekeringstegemoetkoming is onderworpen aan de volgende voorwaarde, het totaal van de P waarden mag per tandheeskundige niet groter zijn dan:

- 5000 P voor een gegeven periode van één kalendermaand;
- Of 13000 P voor een gegeven periode van een trimester, de eerste dag van het trimester is 1 januari of 1 april of 1 juli of 1 oktober;
- Of 46000 P voor een gegeven periode van één kalenderjaar."

"K.B. 6.6.2022" (in werking 1.7.2022)

"§ 20. Alle verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur moeten worden verricht in overeenstemming met de criteria voorzien in de artikelen 14, 17 en 19 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

Wanneer een verstrekking van artikel 5 van de nomenclatuur wordt uitgevoerd buiten een vaste praktijk, moet deze informatie vermeld worden door middel van een pseudocode die geattesteerd wordt volgens de modaliteiten zoals voorzien in artikel 23 § 7 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. "