

## **Articles 5 et 6 (Soins dentaires)**

<b>GENERALITES</b>
--------------------

REGLE INTERPRETATIVE 01 (1) **(en vigueur du 6.5.2004 au 31.8.2005)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 01 (2)*

QUESTION

Qu'entend-on par « cumul » ?

REPONSE

Par « cumul » on entend la réalisation de plusieurs prestations pendant une même séance.

REGLE INTERPRETATIVE 01 (2) **(en vigueur depuis le 01.09.2005)**

QUESTION

Qu'entend-on par « cumul » ?

REPONSE

Par « cumul » on entend l'attestation de plusieurs prestations effectuées au cours d'une même séance.

REGLE INTERPRETATIVE 01 sous rubrique Article 5 **(en vigueur du 24.6.2003 au 31.8.2005)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 02 sous rubrique Articles 5 et 6*

QUESTION

Les prestations de l'article 5 (nomenclature des soins dentaires) affectées de la lettre-clé L peuvent être cumulées et attestées à 100% lorsqu'elles sont effectuées lors d'une même séance. Le cas échéant, l'interdiction de cumul est mentionnée expressément.

Cette règle est-elle également d'application pour les prestations précédées du signe "+" de l'article 14 I), accessibles aux praticiens de l'art dentaire?

REPONSE

Si, lors d'une même séance, plusieurs prestations de l'article 5 et de l'article 14 I) sont exécutées, les numéros de l'article 5 peuvent être attestés à 100 % (sauf interdiction de cumul); la prestation principale de l'article 14 I) peut être attestée à 100 %, d'autres prestations de l'article 14 effectuées dans le même champ opératoire que la prestation principale ne peuvent être attestées; des prestations accessoires de l'article 14 I), effectuées en dehors du champ opératoire de la prestation principale peuvent être attestées à 50 %.

REGLE INTERPRETATIVE 02 **(en vigueur depuis le 01.09.2005)**

QUESTION

Les prestations de l'article 5 (nomenclature des soins dentaires) affectées de la lettre-clé L peuvent être cumulées et attestées à 100 % lorsqu'elles sont effectuées lors d'une même séance. Le cas échéant, l'interdiction de cumul est mentionnée expressément.

Cette règle est-elle également d'application pour les prestations précédées du signe « + » de l'article 14I ), accessibles aux praticiens de l'art dentaire?

## REPONSE

Si, lors d'une même séance, plusieurs prestations de l'article 5 et de l'article 14I ) sont exécutées, les numéros de l'article 5 peuvent être attestés à 100 % (sauf interdiction de cumul); la prestation principale de l'article 14I ) peut être attestée à 100 %, mais d'autres prestations de l'article 14 effectuées dans le même champ opératoire que la prestation principale ne peuvent être attestées; des prestations accessoires de l'article 14I ), effectuées en dehors du champ opératoire de la prestation principale peuvent être attestées à 50 %.

## CONSULTATIONS

**REGLE INTERPRETATIVE 01 (1) (en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 01 (2)*

### QUESTION

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

### REPONSE

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

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

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

**REGLE INTERPRETATIVE 01 (2) (en vigueur du 01.09.2005 au 31.08.2007)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 01 (3)*

### QUESTION

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour la prestation 301011, 371011 \* Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire N 5, lorsque celle-ci figure conjointement avec un traitement sur une attestation de soins donnés?

### REPONSE

En vertu des dispositions de l'article 6, § 1er, de la nomenclature, les honoraires pour les soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations effectuées entre le début et la fin de traitement. Si le bénéficiaire est amené à consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'est pas en rapport avec le traitement en cours et en dehors du programme de traitement établi, la consultation peut figurer sur la même attestation de soins donnés et l'intervention de l'assurance est accordée.

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

**REGLE INTERPRETATIVE 01 (3) (en vigueur depuis le 01.09.2007)**

### QUESTION

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour les prestations 371011-371022, 301011-301022, 371092-371103, 301092-301103, 371114-371125 et 301114-301125 lorsqu'elles figurent avec un traitement sur l'attestation de soins donnés ?

### REPONSE

Oui, mais en vertu des dispositions de l'article 6, § 1er, de la nomenclature, les honoraires pour les soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations qui sont effectuées du début à la fin du traitement.

Donc, si le bénéficiaire est obligé de consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'a pas de rapport avec le traitement en cours et qui ne fait pas partie du programme de traitement établi, l'intervention de l'assurance peut être octroyée. Par contre, si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison qui s'inscrit dans le cadre du traitement, cette consultation ne peut pas être attestée.

## EXTRACTIONS CHIRURGICALES

### REGLE INTERPRETATIVE 01 **(en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005) (abrogée)**

#### QUESTION

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

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

#### REPONSE

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

### REGLE INTERPRETATIVE 02 (1) **(en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005)** *remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 02 (2)*

#### QUESTION

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

#### REPONSE

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

### REGLE INTERPRETATIVE 02 (2) **(en vigueur depuis le 01.09.2005)**

#### QUESTION

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

#### REPONSE

L'extraction d'une racine dentaire est assimilée à une extraction dentaire normale. En aucun cas, elle ne peut être assimilée à une extraction de dent incluse (317236 - 317240).

### REGLE INTERPRETATIVE 3 **(en vigueur depuis le 01.07.2008)**

#### QUESTION

Les codes de nomenclature 374754-374765, 374776-374780, 304754-304765 ou 304776-304780 Ablation (section et extraction) de racine(s) peuvent-ils être attestés pour des extractions où l'on sépare les racines au préalable ?

#### REPONSE

Non.

## SOINS CONSERVATEURS

### REGLE INTERPRETATIVE 01 (1) **(en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005)**

*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 01 (2)*

#### QUESTION

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

#### REPONSE

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

### REGLE INTERPRETATIVE 01 (2) **(en vigueur du 01.09.2005 au 31.05.2007)**

#### QUESTION

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

#### REPONSE

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

### REGLE INTERPRETATIVE 01 (3) **(en vigueur depuis le 01.06.2007)**

#### QUESTION

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

#### REPONSE

Les prestations « traitement et obturation d'un canal ou de plusieurs canaux d'une même dent » comprennent :

- l'ouverture et le nettoyage de la chambre pulpaire;
- chaque radiographie prise après l'ouverture de la chambre pulpaire dans le cadre d'un traitement radiculaire;
- la détermination de la longueur canalaire, quelle que soit la technique utilisée;
- le nettoyage et l'obturation des canaux;
- la/les radiographie(s) de contrôle démontrant que chaque canal visible a été obturé.

## **REGLE INTERPRETATIVE 2 (en vigueur depuis le 1.6.2007)**

### **QUESTION**

Lorsqu'un soin conservateur de l'article 5 tel qu'obturation, restauration ou traitement radiculaire est effectué en deux ou plusieurs séances avec utilisation d'une digue, peut-on alors attester les prestations 373612-373623 et 303612-303623 "Honoraires complémentaires pour l'isolation de dent(s) au moyen d'une digue lors de soins conservateurs prévus à l'article 5 de la nomenclature" pour chaque séance ?

### **REPONSE**

Non, les prestations 373612-373623 et 303612-303623 sont des prestations complémentaires à l'attestation d'une prestation d'un soin conservateur de l'article 5.

Ces prestations peuvent-être attestées qu'une seule fois par soin conservateur de l'article 5 lors de l'attestation de celui-ci et en outre, ces prestations ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance lorsque plusieurs soins conservateurs de l'article 5 ont été attestés lors de cette séance.

## **REGLE INTERPRETATIVE 3 (en vigueur depuis le 01.06.2010)**

### **QUESTION**

Que peut-on attester si on effectue une ou plusieurs obturations d'un moignon dentaire destiné au placement d'une prothèse fixe ou lorsqu'on procède à une restauration partielle ou complète de ce moignon ?

### **REPONSE**

Si la restauration du moignon comprend 1 face, on peut attester la prestation pour l'(es)obturation(s) de cavité(s) sur 1 face de la dent. Si la restauration du moignon comprend 2 faces, on peut attester la prestation pour l'(es) obturation(s) d'une (de) cavité(s) sur 2 faces. Si la restauration du moignon comprend 3 faces ou si on effectue une restauration complète de ce moignon, on peut attester la prestation prévue pour l'(es) obturation(s) d'une (de) cavité(s) sur 3 ou plusieurs faces.

## PROTHESES DENTAIRES

### REGLE INTERPRETATIVE 01 (en vigueur depuis le 11.1.2002)

#### QUESTION

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

#### REPONSE

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

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

### REGLE INTERPRETATIVE 02 (1) (en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005) *remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 02 (2)*

#### QUESTION

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

#### REPONSE

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

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

### REGLE INTERPRETATIVE 02 (2) (en vigueur depuis le 01.09.2005)

#### QUESTION

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

#### REPONSE

L'intervention de l'assurance pour l'adjonction d'une dent (de dents), pour la réparation d'une prothèse ou pour son rebasage est conditionnée par toutes les exigences énoncées dans l'article 6, § 5 de la nomenclature des prestations de santé.

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

**REGLE INTERPRETATIVE 03 (1) (en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 03 (2)*

**QUESTION**

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

**REPOSE**

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

**REGLE INTERPRETATIVE 03 (2) (en vigueur depuis le 01.09.2005)**

**QUESTION**

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

**REPOSE**

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

**REGLE INTERPRETATIVE 04 (1) (en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 04 (2)*

**QUESTION**

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

**REPOSE**

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

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

**REGLE INTERPRETATIVE 04 (2) (en vigueur depuis le 01.09.2005)**

**QUESTION**

Un apport de résine in situ sur la base d'une prothèse dentaire peut-il être attesté sous les numéros prévus pour le remplacement de la base d'une prothèse inférieure ou supérieure? (Libellé des prestations - « Les honoraires pour le remplacement de la base sont équivalents à 30 pc. des honoraires prévus pour la prothèse »).

**REPOSE**

Non, l'apport de résine in situ sur la base d'une prothèse dentaire ne peut être attesté sous les numéros prévus pour le remplacement de la base d'une prothèse inférieure ou supérieure.

Cette prestation peut être attestée dans ce cas sous les numéros prévus pour la réparation d'une prothèse inférieure ou supérieure ("Réparation de prothèse : maximum par prothèse et par année civile - L 61,5")

**REGLE INTERPRETATIVE 05 (1) (en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 05 (2)*

**QUESTION**

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

**REPONSE**

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

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

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

- L 526 si le bénéficiaire a au moins 50 ans et au plus 59 ans;
- L 600 si le bénéficiaire a au moins 60 ans;
- L 600 si le bénéficiaire répond aux conditions d'une dérogation à la limite d'âge.

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

**REGLE INTERPRETATIVE 05 (2) (en vigueur depuis le 01.09.2005)**

**QUESTION**

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

**REPONSE**

L'intervention de l'assurance s'élève à L 85 pour l'adjonction de la première dent et à L 24,5 pour l'adjonction de chaque dent supplémentaire. L'intervention totale de l'assurance pour la prothèse et l'adjonction de dent(s) est toutefois limitée par mâchoire et par prothèse à la valeur du jour de L 600 en euro à la date de la prestation, si le bénéficiaire a au moins 50 ans ou répond aux conditions d'une dérogation à la limite d'âge.

**REGLE INTERPRETATIVE 06 (en vigueur du 19.4.2002 au 31.8.2005) (abrogée)**

**QUESTION**

Un assuré qui satisfait aux conditions stipulées dans l'article 6, § 5, A , souhaite compléter une prothèse partielle. Sur quelle base le montant de l'intervention de l'assurance doit-il être calculé après le 1er janvier 2002, date à laquelle l'arrêté royal du 13 novembre 2001 modifiant l'article 6, § 5, A , de la nomenclature des prestations de santé entre en vigueur ?

**REPONSE**

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

L'intervention totale de l'assurance pour la prothèse et l'adjonction de dent(s) est toutefois limitée par mâchoire et par période de sept ans à compter de la date du placement de la prothèse initiale, à L 600.

**REGLE INTERPRETATIVE 07 (en vigueur depuis le 6.5.2004)**

QUESTION

Peut-on durant une même séance attester une réparation de prothèse et l'adjonction de dent(s) ?

REPONSE

Oui, à condition qu'il s'agisse de deux prestations effectuées séparément.

**REGLE INTERPRETATIVE 08 (en vigueur depuis le 6.5.2004)**

QUESTION

Peut-on durant une même séance attester une réparation de prothèse et un remplacement de la base ?

REPONSE

Oui, à condition qu'il s'agisse de deux prestations effectuées séparément.

**REGLE INTERPRETATIVE 09 (1) (en vigueur du 6.5.2004 au 31.8.2005)**

*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 09 (2)*

QUESTION

Une prothèse amovible de moins de 14 dents peut-elle être considérée comme une prothèse amovible totale ?

REPONSE

Une prothèse amovible de moins de 14 dents remplit les conditions pour être une prothèse amovible totale quand elle répond à la définition de la prothèse amovible totale suivante :

Une prothèse amovible totale (PAT) est un appareil (dentaire) qui remplace toutes les dents qui se trouvent normalement sur l'arcade dentaire, sauf si l'involution des tissus portants, l'anatomie spéciale de la mâchoire, des troubles d'occlusion ou d'autres facteurs soit une justification pour ne pas remplacer toutes les dents manquantes. La base de la PAT doit couvrir la totalité des tissus portants, y compris certains organes dentaires éventuellement restants ou remplacés.

Cela signifie d'une part, qu'une PAT peut comporter moins de 14 dents sur une mâchoire édentée et d'autre part, une PAT peut être placée sur une mâchoire où, soit des racines subsistent, soit des implants ont été placés, à condition que ces éléments soient couverts par la PAT.

Dans toutes ces conditions, l'attestation d'une prothèse amovible partielle est interdite.

**REGLE INTERPRETATIVE 09 (2) (en vigueur depuis le 01.09.2005)**

QUESTION

Une prothèse amovible de moins de 14 dents peut-elle être considérée comme une prothèse amovible totale ?

REPONSE

Une prothèse amovible de moins de 14 dents remplit les conditions pour être une prothèse amovible totale quand elle répond à la définition de la prothèse amovible totale suivante :

Une prothèse amovible totale (PAT) est un appareil (dentaire) qui remplace toutes les dents qui se trouvent normalement sur l'arcade dentaire, sauf si l'involution des tissus portants, l'anatomie spéciale de la mâchoire, des troubles d'occlusion ou d'autres facteurs soit une justification pour ne pas remplacer toutes les dents manquantes. La base de la PAT doit couvrir la totalité des tissus portants, y compris certains organes dentaires éventuellement restants ou remplacés.

Cela signifie d'une part, qu'une PAT peut comporter moins de 14 dents sur une mâchoire édentée et d'autre part, qu' une PAT peut être placée sur une mâchoire où, soit des racines subsistent, soit des implants ont été placés, à condition que ces éléments soient couverts par la PAT.

Dans toutes ces conditions, une prothèse amovible totale doit être attestée.

## TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

### REGLE INTERPRETATIVE 01 (1) **(en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005)**

*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 01 (2)*

#### QUESTION

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

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

#### REPONSE

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

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

### REGLE INTERPRETATIVE 01 (2) **(en vigueur du 01.09.2005 au 30.6.2008)**

*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 01 (3)*

#### QUESTION

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

Peut-on assimiler ce travail à une consultation 301011, 371011, 101054 et 102012 ou un examen buccal semestriel 371556, 371571, 301556, 301571 ?

#### REPONSE

Les forfaits mensuels payés pour le traitement orthodontique sous les n° 305616-305620, 305653-305664, 305852-305863 et 305896-305900 couvrent toutes les séances nécessaires au traitement orthodontique.

Les prestations n° 371011, 301011, 101054, 102012, 371556, 301556, 371571, 301571 ne peuvent être attestées dans le cas précité et ne peuvent donc faire l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire.

### REGLE INTERPRETATIVE 01 (3) **(en vigueur depuis le 01.07.2008)**

#### QUESTION

Lors d'un traitement orthodontique, l'on a parfois recours aux services d'un logopède dont les travaux sont supervisés par le praticien de l'art dentaire visé dans l'article 4, § 1er de la nomenclature des prestations de santé. Ces travaux ont lieu en plus des séances de traitement régulier prévues sous les n° 305616-305620, 305653-305664 et 305712-305723, et les forfaits de traitement de première intention, prévus sous les n° 305933-305944 et 305955-305966; le praticien prend personnellement certaines mensurations au début d'une séance de logopédie. Peut-on assimiler ce travail à une consultation 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012 et 102535 ou un examen buccal semestriel 371556-371560, 371571-371582, 301556-301560 et 301571-301582?

## REPONSE

Les forfaits de traitement régulier payés pour le traitement orthodontique sous les n° 305616-305620, 305653-305664 et 305712-305723, et les forfaits de traitement orthodontique de première intention 305933-305944 et 305955-305966 couvrent toutes les actes nécessaires au traitement. Les prestations n° 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012, 102535, 371556-371560, 371571-371582, 301556-301560, 301571-301582 ne peuvent être attestées dans le cas précité et ne peuvent donc faire l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire

## REGLE INTERPRETATIVE 02 (1) **(en vigueur du 11.1.2002 au 31.8.2005)**

*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 02 (2)*

### QUESTION

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

### REPONSE

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

## REGLE INTERPRETATIVE 02 (2) **(en vigueur du 01.09.2005 au 31.8.2007)**

*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 02 (3)*

### QUESTION

Un traitement orthodontique ne donnant pas lieu à une intervention de l'assurance peut-il être tarifé sous les n° 371011, 301011 \* Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire, 101054 \* Consultation au cabinet du médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL) ou 102012 \*Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste ?

### REPONSE

Les prestations n° 371011, 301011, 101054 et 102012 ne peuvent pas être attestées pour une séance de traitement orthodontique, que ce traitement entre en ligne de compte ou non pour une intervention de l'assurance.

## REGLE INTERPRETATIVE 02 (3) **(en vigueur depuis le 01.09.2007)**

### QUESTION

Un traitement orthodontique ne donnant pas lieu à une intervention de l'assurance peut-il être tarifé sous les n° 371011-371022, 301011-301022 \* Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, d'un médecin spécialiste en stomatologie ou d'un médecin-dentiste, ou 371092-371103, 301092-301103 \* Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, ou 101054 \* Consultation au cabinet du médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL), ou 102012 \*Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste, 102535 \* Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste accrédité ?

### REPONSE

Les prestations n° 371011-371022, 301011-301022, 371092-371103, 301092-301103, 101054, 102012 et 102535 ne peuvent pas être attestées pour une séance de traitement orthodontique, que ce traitement entre en ligne de compte ou non pour une intervention de l'assurance.

**REGLE INTERPRETATIVE 03 (en vigueur du 11.1.2002 au 31.12.2006) (abrogée)**

**QUESTION**

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

**REPONSE**

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

**REGLE INTERPRETATIVE 04 (1) (en vigueur du 11.1.2002 au 30.11.2006)**

*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 04 (2)*

**QUESTION**

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

**REPONSE**

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

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

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

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

**REGLE INTERPRETATIVE 04 (2) (en vigueur depuis le 01.12.2006)**

**QUESTION**

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

**REPONSE**

Les dérogations à la limite d'âge pour des cas exceptionnels de troubles congénitaux objectivés de la croissance, concernant les affections qui, au moment du diagnostic et donc avant le 15e anniversaire, ne laissent d'aucune manière présager avec certitude qu'un traitement orthodontique sera nécessaire. En cela, le trouble congénital généralisé de la croissance diffère donc des troubles congénitaux stomatologiques locaux du développement (par exemple, fente labiale et palatine), où un traitement orthodontique s'impose de facto et doit dès lors toujours être demandé avant la 15e année. Ce sont donc l'aspect de trouble généralisé de la croissance et le caractère non prévisible de cette situation d'exception qui la distinguent des autres cas de demandes tardives de traitement orthodontique.

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

**REGLE INTERPRETATIVE 05 (1) (en vigueur du 6.5.2004 au 30.11.2006)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 05 (2)*

**QUESTION**

Une prestation 305594-305605 peut-elle être attestée après le quatorzième anniversaire ?

**REPONSE**

La prestation 305594-305605 peut être attestée après le quatorzième anniversaire en vertu de la dérogation à la limite d'âge. Toutefois, l'intervention de l'assurance pour cette prestation n'est due que pour autant que le Conseil technique dentaire ait donné son accord pour le remboursement du traitement orthodontique.

**REGLE INTERPRETATIVE 05 (2) (en vigueur à partir du 1.12.2006)**

**QUESTION**

Une prestation 305594-305605 peut-elle être attestée après le quinzième anniversaire ?

**REPONSE**

La prestation 305594-305605 peut être attestée après le quinzième anniversaire en vertu de la règle de dérogation à la limite d'âge. Toutefois, l'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour cette prestation n'est due que pour autant que le Conseil technique dentaire ait donné son accord pour le remboursement du traitement orthodontique.

La prestation 305594-305605 peut également être attestée après le quinzième anniversaire pour autant qu'une demande d'intervention (annexe 60) ait été introduite auprès du médecin-conseil avant la date du quinzième anniversaire de l'enfant et qu'un accord d'intervention ait été obtenu.

Si la demande a été introduite, à titre conservatoire, pour des raisons dûment motivées, et qu'un accord d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire a été obtenu pour le traitement, le remboursement de la prestation 305594-305605 pourra se faire de nouveau dans les conditions définies par le § 10 de l'article 6 de la nomenclature.

**REGLE INTERPRETATIVE 06 (en vigueur du 6.5.2004 au 30.11.2009) (abrogée)**

**QUESTION**

L'intervention de l'assurance cesse-t-elle si le placement de l'appareil n'est pas directement suivi par un traitement orthodontique ?

**REPONSE**

L'intervention de l'assurance pour le traitement orthodontique cesse si aucun forfait mensuel orthodontique n'est attesté dans un délai de six mois suivant la date de placement de l'appareillage.

**REGLE INTERPRETATIVE 07 (1) (en vigueur du 6.5.2004 au 30.6.2008)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 07 (2)*

**QUESTION**

Quelles conditions doivent être respectées pour qu'un appareil orthodontique soit considéré comme répondant aux prestations 305631-305642 et 305675-305686 ?

**REPONSE**

Pour être considéré comme répondant aux prestations 305631-305642 et 305675-305686, un appareil orthodontique doit contribuer activement à la correction de la dysmorphose.

**REGLE INTERPRETATIVE 07 (2) (en vigueur depuis le 01.07.2008)**

**QUESTION**

Quelles conditions doivent être respectées pour qu'un appareil orthodontique soit considéré comme répondant aux prestations 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 et 305675-305686 ?

**REPONSE**

Pour être considéré comme répondant aux prestations 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 et 305675-305686, un appareil orthodontique doit contribuer activement à la correction de la dysmorphose.

**REGLE INTERPRETATIVE 08 (en vigueur depuis le 1er janvier 2007)**

**QUESTION**

Quand peut-on introduire une demande de continuation de traitement orthodontique ? Quelle est la procédure en application ?

**REPONSE**

Une demande de prolongation de l'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour une continuation de traitement peut être introduite quand un précédent accord a été sollicité et qu'a été obtenu un nombre inférieur au nombre maximum de trente-six forfaits de traitement régulier que peut comprendre initialement un traitement orthodontique.

L'accord d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour une demande de continuation est de la seule compétence du médecin-conseil.

La procédure d'introduction est semblable à celle de la demande de prolongation :

- 1) Elle doit être effectuée sur un formulaire réglementaire annexe 60;
- 2) Elle doit être introduite auprès du médecin-conseil au plus tard dans le courant du 3e mois civil suivant celui au cours duquel a été attesté le dernier des forfaits octroyés initialement dans le cadre d'un traitement régulier.
- 3) Ce dernier forfait pour un traitement régulier doit être attesté sous le numéro 305712 -305723.
- 4) En cas d'introduction tardive, le médecin-conseil réduit le nombre de forfaits de traitement régulier supplémentaires accordé d'un nombre égal au nombre de mois de retard enregistré dans l'introduction de la demande de continuation de traitement, tout mois entamé étant considéré comme mois entier de retard.

**REGLE INTERPRETATIVE 09 (en vigueur depuis le 1er janvier 2007)**

**QUESTION**

Quand peut-on attester la prestation 305830-305841 ? Quand bénéficie-t-elle d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire ?

**REPONSE**

La prestation 305830-305841 peut être attestée lorsqu'un avis ou examen orthodontique est accompagné d'un rapport écrit à l'attention d'un praticien de l'art dentaire, d'un médecin, d'un logopède ou d'un kinésithérapeute.

Elle peut être aussi attestée lors de la rédaction du formulaire réglementaire annexe 60 lors d'une demande de continuation de traitement à l'attention d'un médecin-conseil ou de prolongation de traitement à l'attention du Conseil technique dentaire.

La prestation peut être attestée et faire l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire uniquement si elle est effectuée chez un patient qui répond aux conditions pour l'octroi d'une intervention pour un traitement orthodontique dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

**REGLE INTERPRETATIVE 10 (en vigueur depuis le 1er janvier 2007)**

QUESTION

Peut-on cumuler la prestation 305830-305841 avec la prestation 305594-305605 et/ou la consultation ?

REPONSE

Non.

**REGLE INTERPRETATIVE 11 (en vigueur depuis le 01.12.2006)**

QUESTION

Peut-on, après un premier accord du médecin-conseil, obtenir la transformation d'une demande ordinaire d'intervention en demande à titre conservatoire ?

REPONSE

Un accord de remboursement de traitement orthodontique reste valable pour une période de 2 ans. Pendant cette période le praticien peut modifier un plan de traitement y compris en reporter sa mise en application pour des raisons dûment notifiées par lettre au médecin-conseil et obtenir ainsi de celui-ci la transformation d'une demande initiale ordinaire d'intervention en une demande effectuée à titre conservatoire.

**REGLE INTERPRETATIVE 12 (en vigueur depuis le 01.12.2006)**

QUESTION

Pour quel patient peut-on attester un 305911-305922 ?

REPONSE

La prestation 305911-305922 - analyse céphalométrique - se trouve dans la rubrique « Traitements orthodontiques » de la nomenclature dentaire. La prestation peut uniquement être attestée chez des patients qui ne sont pas exclus de remboursement pour un traitement orthodontique.

Chez les patients de moins de 15 ans, la prestation peut toujours être attestée et remboursée, pour autant que le droit au remboursement d'un traitement orthodontique ne soit pas aboli à la suite de l'intégration d'une disposition dans la nomenclature des prestations de santé.

Chez les patients de plus de 15 ans, la prestation peut seulement être attestée et remboursée pour autant qu'il y ait encore un accord valable pour le remboursement d'un traitement orthodontique.

**REGLE INTERPRETATIVE 13 (en vigueur depuis le 01.12.2006)**

QUESTION

L'attestation du 305911-305922 est-elle liée à l'attestation d'un 307112-307123, 377112-377123, 307134-307145 ou 377134-377145?

REPONSE

Non.

**REGLE INTERPRETATIVE 14 (1) (en vigueur du 01.01.2007 au 30.11.2009)**  
*remplacée par REGLE INTERPRETATIVE 14 (2)*

**QUESTION**

Comment peut-on attester les contrôles de traitement régulier codifiés sous le numéro de nomenclature 305616 ?

**REPONSE**

Il existe deux façons de les attester :

- soit immédiatement dès que 6 prestations ont été effectuées,
- soit dans le courant du 6e mois (civil) d'un semestre de traitement régulier.

Si l'on choisit la première façon, plusieurs manières de procéder peuvent se présenter. L'attestation de soins donnés peut au plus tôt être délivrée dans le courant du 3e mois d'un semestre d'un traitement en cours, si ce traitement orthodontique a exigé deux contrôles par mois. Pour la période suivante de 3 mois aucun contrôle ne peut donc être attesté.

En théorie, la possibilité existe de porter 6 forfaits en compte dans un délai d'environ 3 ans sans qu'il n'y ait interruption du traitement selon les règles de la NPS. Dans ce cas les prestations doivent être effectuées et attestées dans un intervalle de moins de 6 mois entre deux contrôles, sous réserve des dispositions de l'article 6 § 14.

Ex. : un traitement démarre janvier 2007... La première attestation de 6 x 305616 pourrait être délivrée dans le courant de mars 2007 (le 3e mois de traitement régulier) ou dans le cas extrême, dans le courant de décembre 2009.

Si l'on choisit la deuxième manière de procéder, l'attestation de soins donnés peut alors comprendre de 1 à 6 forfaits de traitement régulier, indépendamment de la fréquence des visites de contrôle durant la période de 6 mois.

Ex. : un traitement démarre en mars 2007... La première attestation remise en août 2007 (6e mois de traitement régulier) pourra comporter de 1 à 6 forfaits 305616.

**REGLE INTERPRETATIVE 14 (2) (en vigueur depuis le 01.12.2009)**

**QUESTION**

Comment peut-on attester les forfaits pour traitement régulier par le numéro de nomenclature 305316-305620 ?

**REPONSE**

Il existe deux manières d'attester :

1. ou bien immédiatement après que 6 prestations 305316-305620 ont été effectuées. Dans ce cas, les 6 forfaits pour traitement régulier peuvent être attestés au plus tôt pendant le 3e mois du semestre en cours et au plus tard pendant le 18e mois du traitement en cours.

Ex. 1 : pour un traitement qui commence le 25 janvier 2010 par le 305631-305642, il peut être attesté 6 x 305616-305620 avant la fin du premier semestre du traitement et ce, au plus tôt en mars 2010 si au début de ce traitement, deux forfaits par mois étaient nécessaires. Dans ce cas, aucun forfait ne peut plus être attesté jusqu'à la fin du semestre, dans cet exemple pendant les mois d'avril, de mai et de juin 2010, et ce parce que seuls 6 x 305616-305620 par semestre peuvent être attestés.

Ex. 2 : pour un traitement qui commence le 25 janvier 2010 par le 305631-305642, les prestations 305616-305620 doivent être attestées au plus tard le 30 juin 2011, quel que soit le nombre de forfaits pour traitement régulier réalisés (arrêté royal 22 octobre 2009).

2. ou bien au cours du sixième mois civil d'un semestre pendant lequel un traitement régulier a été effectué. L'attestation de soins donnés peut alors comprendre 1 à 6 forfaits pour traitement régulier.

#### **REGLE INTERPRETATIVE 15 (en vigueur depuis le 01.01.2007)**

##### **QUESTION**

Quel est le mois de référence dans le calcul d'un semestre de traitement ?

##### **REPOSE**

C'est le mois du placement de l'appareillage et de la prestation du code 305631 qui est, ordinairement, le mois de référence pour le calcul des semestres de traitement.

Ex. : le 305631 est attesté le 15 mars 2007. Le premier semestre de traitement s'étalera sur les mois de mars, avril, mai, juin, juillet et août 2007. Un nouveau semestre redémarre alors à partir de septembre 2007 et ainsi de suite.

En conséquence, si 6 contrôles de traitement régulier ont été attestés dans le courant du mois de juin 2007, le prochain 305616 ne pourra seulement être pris en considération que s'il est effectué dans le courant du mois de septembre de cette année 2007.

Cependant, il peut y avoir lieu de modifier cette référence initiale après l'utilisation d'un 305653, d'un 305712, ou lors d'un changement de praticien, à condition que ce soit sans préjudice de l'article 5 de la NPS se rapportant à la définition générale du 305616, c'est-à-dire au maximum 6 prestations par semestre, et de considérer, le mois de reprise de traitement comme le départ d'un nouveau semestre de contrôle de traitement régulier.

#### **REGLE INTERPRETATIVE 16 (en vigueur depuis le 01.01.2007)**

##### **QUESTION**

Quand peut-on attester le 305675 et quand peut-on attester un 2ème et un 3ème 305675 ?

##### **REPOSE**

Il y a 2 conditions liées à l'attestation du 305675. Celle-ci n'est autorisée qu'après 6 prestations 305616 ET au plutôt dans le courant du 6e mois de contrôle régulier (elle peut donc l'être bien plus tard même en fin de traitement)

Ex. : Le 305631 est attesté le 15 mars 2007 et l'attestation des 6 premiers 305616 est rédigée dans le courant du mois de juillet 2007. Il n'y a donc pas un semestre entier de traitement écoulé et le 305675 ne peut pas être mentionné sur cette attestation. Il ne pourra l'être, au plus tôt, qu'au mois d'août sur une autre attestation de soins puisqu'alors celle-ci sera rédigée dans le courant du 6e mois de traitement.

Ex. : Le 305631 est attesté le 15 mars 2007 et dans le courant du mois d'août 2007, une attestation de soins donnés est délivrée avec 5 x 305616. Le 305675 ne peut pas être mentionné sur cette attestation même si celle-ci est délivrée dans le courant du 6e mois de traitement régulier puisqu'il n'y a pas eu à cette date au moins 6 prestations 305616 effectuées. Il ne pourra l'être au plus tôt que sur l'attestation reprenant les forfaits de contrôle régulier du semestre suivant.

Le 2ème et le 3ème 305675 ne peuvent être attestés qu'après autorisation du Conseil technique dentaire.

#### **REGLE INTERPRETATIVE 17 (en vigueur depuis le 01.07.2008)**

##### **QUESTION**

Peut-on attester un 317295-317306 pendant la période d'un traitement orthodontique de première intention repris sous les codes 305933-305944 et 305955-305966 ?

## REPONSE

On peut attester un 317295-317306 pendant la période d'un traitement orthodontique de première intention pour autant que la prestation ne vise aucun des objectifs de traitement repris à l'article 6, § 7, alinéa 3 de la nomenclature des prestations de santé.

## IMPLANTS ORAUX

### REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur du 01.05.2009 au 31.12.2009) (abrogée)

#### QUESTION

A quelles conditions doivent répondre les implants prévus par la prestation 308512-308523 pour être remboursables?

#### REPONSE

Pour être remboursable, la prestation doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- l'implant ne peut être de nature provisoire;
- l'implant doit avoir un diamètre minimal de trois mm pour la partie ostéo-intégrable;
- l'implant doit avoir une longueur ostéo-intégrable minimale de sept mm;
- seuls les implants dont le pilier est détachable de l'implant sont retenus;
- les données techniques doivent être consignées dans le dossier dentaire du patient.

### REGLE INTERPRETATIVE 2 (en vigueur depuis le 01.05.2009)

#### QUESTION

Un assuré qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance pour sa prothèse, peut-il bénéficier d'une intervention pour des implants et/ou le placement de deux piliers ainsi que leur ancrage sur ces deux implants ?

#### REPONSE

Si aucune intervention n'a été accordée par l'assurance maladie obligatoire ou l'assurance petits risques des indépendants pour une prestation de la rubrique "prothèses dentaires amovibles, consultations comprises" pour ou sur cette prothèse inférieure complète amovible, aucune intervention de l'assurance n'est possible pour les implants, ni pour le placement des piliers sur les deux implants et leur ancrage.

### REGLE INTERPRETATIVE 3 (en vigueur depuis le 01.05.2009)

#### QUESTION

Si un assuré possède plusieurs prothèses dentaires remboursées, quelle est la prothèse visée par "la prothèse dentaire complète amovible existante" ?

#### REPONSE

La prothèse dentaire complète amovible existante" est la prothèse inférieure complète amovible qui a été remboursée en dernier lieu.

### REGLE INTERPRETATIVE 4 (en vigueur depuis le 01.05.2009)

#### QUESTION

Existe-t-il une intervention pour l'ancrage d'une nouvelle prothèse chez un assuré déjà porteur d'implants non indemnisés ?

#### REPONSE

Oui, mais au plus tôt 1 an après le placement de la nouvelle prothèse qui présente en outre un grave dysfonctionnement et qui satisfait aux conditions mentionnées à l'article 6, § 5bis, les piliers étant également remplacés.

**REGLE INTERPRETATIVE 5 (en vigueur depuis le 01.05.2009)**

**QUESTION**

Qu'entend-on par « maxillaire inférieur totalement édenté » ?

**REPONSE**

Dans le cadre de la rubrique « implants oraux » de l'article 5 de la nomenclature, un maxillaire inférieur est considéré comme totalement édenté lorsqu'une inspection de visu ne révèle pas de dents ou de racines dentaires.