

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22077]

22 FEBRUARI 2016. — Verordening tot wijziging 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

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op 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 ;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 22 februari 2016,

Besluit :

**Artikel 1.** De bijlagen 57 en 58 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, worden vervangen door bijlagen 57 en 58, die als bijlage bij deze verordening gaan.

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 22 februari 2016.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22077]

22 FEVRIER 2016. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11° ;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 22 février 2016,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Les annexes 57 et 58 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont remplacées par les annexes 57 et 58, jointes en annexe du présent règlement.

**Art. 2.** Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 22 février 2016.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
J. VERSTRAETEN

Bijlage 57 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."

### Bijlage 57

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING  
IN AFWIJKING OP DE LEEFTIJDGRENZEN VAN 50 JAAR**

In te vullen door de rechthebbende of kleefzegel aanbrengen:

RECHTHEBBENDE      Naam en voornaam .....  
 Adres.....  
 Verzekeringsinstelling .....  
 Identificatienummer sociale zekerheid .....

In te vullen door de practicus:

PATIENT                      Naam en voornaam : .....  
 Geboortedatum : .....

Betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden gesteld In artikel 6, § 5 – 2.2 of 2.4 (1) (2).			Betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden gesteld In artikel 6, § 5 – 2.3 of 2.4 (1) (2).		
<input type="checkbox"/>	1)	Malabsorptiesyndroom en colorectale ziekten	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	2)	Mutulerende ingre(e)p(en) op het spijsverteringsstelsel	<input type="checkbox"/>	2)	Tandverlies of tandextracties ten gevolge van een onweerlegbaar bewezen uitzonderlijke pathologie of de behandeling ervan waarbij redelijkerwijze mag aangenomen worden dat het tandverlies of de tandextracties onvermijdbaar waren ondanks een correcte mondhygiëne
<input type="checkbox"/>	3)	Verlies en/of extractie van tanden wegens osteomyelitis, osteonecrose door bisfosfonaten, radiotherapie (tandaantasting en/of osteoradionecrose), antitumorale chemotherapie of behandeling met immunosuppressie-agens.	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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			
<input type="checkbox"/>	5)	Congenitale agenesie van minstens DRIE blijvende tanden, met uitzondering van wijsheidstanden of ernstige aangeboren of erfelijke misvormingen van de kaakbeenderen of van de tanden			
<input type="checkbox"/>	6)	Tandverlies ten gevolge van een tandtrauma bij een patiënt in behandeling voor epilepsie, veroorzaakt door een epileptische aanval			

(1) Het gevraagde aankruisen en de geneeskundige verantwoordingsgegevens verplicht bijvoegen.

(2) De voorwaarden uit artikel 6, § 5, 2.4 van de nomenclatuur zijn enkel van toepassing voor patiënten die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt. Dergelijke aanvragen dienen steeds te worden onderworpen aan de goedkeuring van de Technische tandheelkundige raad.

Aanduiding van de te plaatsen/geplaatste prothese(n)			
PROTHESE(N)		NOMENCLATUURNUMMERS	
AANTAL TANDEN		AMBULANT	GEHOSPITALISEERD
	BOVEN		
	ONDER		

PRACTICUS

Datum:

Naam, voornaam, adres

.....  
 (handtekening)

Identificatienummer bij het RIZIV: .....

Aantal bijgevoegde documenten: .....

**Bijlage 57 (vervolg)****AANVRAAG IN HET KADER VAN ARTIKEL 6, § 5, 2.2**Beslissing van de adviserend geneesheer

Ondergetekende verklaart – toestemming (1) – geen toestemming (1) te verlenen voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging van prothese(n) met nomenclatuurnummer(s)

.....

Motivering in geval van weigering

.....

.....

.....

.....

Datum ..... Naam en handtekening:

.....

Beslissing van de verzekeringsinstelling

Rekening houdende met eventuele vroegere tegemoetkoming(en) wordt het door de verzekeringsinstelling voor de hiervoren/hierna bedoelde prothese(n) verschuldigd bedrag(en) thans vastgesteld op ..... € (naargelang het geval beide bedragen vermelden).

Datum: ..... Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de verzekeringsinstelling.

**AANVRAAG IN HET KADER VAN ARTIKEL 6, § 5, 2.3 OF 2.4**

Doorgezonden door de verzekeringsinstelling naar de Technische tandheelkundige raad op .....

Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de verzekeringsinstelling.

Beslissing van de Technische tandheelkundige raad

De Technische tandheelkundige raad verklaart – toestemming (1) – geen toestemming (1) (2) te verlenen voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging van prothese(n) met nomenclatuurnummer(s)

.....

Datum: ..... Voor de Technische tandheelkundige raad

De Secretaris.

- (1) Schrapen wat niet past.  
 (2) Motivering van de weigering in bijlage.]

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 22 februari 2016 tot wijziging 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.

De Leidend Ambtenaar,  
 H. DE RIDDER.

De Voorzitter,  
 J. VERSTRAETEN



**Bijlage 58 (vervolg)**

Door de verzekeringsinstelling in te vullen

Datum(s) van eerder vergoede prothese(s)	Nomenclatuurnummer
1.....	1.....
2.....	2.....

  

Datum(s) van eerder vergoede vervanging(en) van de basis	Nomenclatuurnummer
1.....	1.....
2.....	2.....

De afgevaardigde van de Verzekeringsinstelling:  
(Handtekening)

Zegel of stempel van de V.I.

Beslissing van de technische tandheelkundige raad

Motivering van de weigering]

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 22 februari 2016 tot wijziging 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.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER.

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN



Annexe 57 au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

**Annexe 57**

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE EN CAS DE DEROGATIONS AUX LIMITES D'AGE DE 50 ANS.**

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette:

**BENEFICIAIRE**      Nom et prénom.....  
 Adresse.....  
 Organisme assureur.....  
 Numéro d'identification sécurité sociale.....

A remplir par le praticien:

**PATIENT**      Nom, prénom.....  
 Date de naissance:.....

L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 - 2.2 ou 2.4 (1) (2).		L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 - 2.3 ou 2.4 (1) (2).	
<input type="checkbox"/>	1) Syndromes de malabsorption et maladies colorectales	<input type="checkbox"/>	1) Perte ou extraction de dents résultant de l'impossibilité pour le bénéficiaire d'acquiescer ou de conserver une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant
<input type="checkbox"/>	2) Intervention(s) mutilante(s) du système digestif		
<input type="checkbox"/>	3) Perte et/ou extraction de dents consécutive à une ostéomyélite, une ostéonécrose due aux biphosphonates, une radiothérapie (érosion des dents et/ou ostéo-radionécrose, une chimiothérapie anti-tumorale ou un traitement par agent immunosuppresseurs.	<input type="checkbox"/>	2) Perte ou extraction de dents à la suite d'une pathologie exceptionnelle irréfutablement démontrée ou du traitement lorsqu'il peut être raisonnablement admis que la perte ou l'extraction de dents n'a pas pu être évitée malgré une hygiène buccale correcte
<input type="checkbox"/>	4) Extractions de dents pour la prévention endocardite, pendant la mise au point préalable à une opération à cœur ouvert ou une transplantation d'organe, un traitement de chimiothérapie anti-tumorale, un traitement par agents immunosuppresseurs, une radiothérapie ou un traitement aux biphosphonates.		
<input type="checkbox"/>	5) Agénésie congénitale d'au moins TROIS dents définitives, exceptés les dents de sagesse, ou malformations congénitales ou héréditaires sévères des maxillaires ou de dents	<input type="checkbox"/>	3) Extraction dentaire ayant lieu chez un bénéficiaire pour qui une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe ou un traitement par un agent ionisant ou immunodépresseur a été prévu mais n'a pas été exécuté
<input type="checkbox"/>	6) Perte de dent consécutive à un traumatisme dentaire chez un patient en traitement pour l'épilepsie, provoqué par une crise d'épilepsie.		

(1) Cocher la demande et joindre obligatoirement les renseignements médicaux justificatifs.  
 (2) Les conditions de l'article 6, § 5, 2.4 de la nomenclature sont uniquement applicables pour les patients n'ayant pas encore atteint l'âge de dix-huit ans. De telles demandes doivent toujours être soumises à l'approbation du Conseil technique dentaire.

Indication de(s) prothèse(s) à placer/placée(s)			
PROTHESE(N)		NUMERO(S) DE CODE DE LA NOMENCLATURE	
NOMBRE DE DENTS (*)		AMBULANT	HOSPITALISE
	SUPERIEURE		
	INFERIEURE		

**PRATICIEN**      Date: .....

Nom, prénom, adresse .....  
 (Signature)

Numéro d'identification à l'I.N.A.M.I.: .....

Nombre de documents ajoutés: .....



## Verso de l'annexe 57 (suite)

## DEMANDE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 6, § 5, 2.2.

Décision du médecin conseil

Je soussigné déclare - autoriser (1) - ne pas autoriser (1) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s) de code de la nomenclature

.....

Motivation en cas de refus

.....

.....

.....

Date

Nom et signature:

.....

.....

.....

Décision de l'organisme assureur

Compte tenu d'intervention(s) antérieure(s) éventuelle(s), le(s) montant(s) dû(s) par l'organisme assureur pour la/les prothèse(s) visée(s) ci-dessus est/sont actuellement fixé(s) à ..... E  
(mentionner les deux montants selon le cas)..

Date:

Signature du délégué et cachet de l'organisme assureur.

.....

.....

## DEMANDE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 6, § 5, 2.3 ou 2.4.

Transmis par l'organisme assureur au Conseil technique dentaire le .....

Signature du délégué et cachet de l'organisme assureur.

Décision du Conseil technique dentaire

Le Conseil technique déclare - autoriser (1) - ne pas autoriser (1) (2) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s) de code de la nomenclature

.....

Date:

Pour le Conseil technique dentaire

.....

.....

Le Secrétaire

- (1) Biffer la mention inutile.  
(2) Motivation en cas de refus en annexe.]

Vu pour être annexé au règlement du 22 février 2016 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER.

J. VERSTRAETEN



Annexe 58 au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

**Annexe 58**

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE EN CAS DE RENOUVELLEMENT ANTICIPE D'UNE PROTHESE OU DE REMPLACEMENT EXCEPTIONNEL DE BASE.**

- (1)  Renouvellement anticipé d'une prothèse qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.
- (1)  Remplacement exceptionnel de la base

L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 – 3.A.3 ou 3.C.2 (1)	
<input type="checkbox"/>	Croissance de l'enfant
<input type="checkbox"/>	Modification anatomique sévère consécutive à un traumatisme, une tumeur maxillo-faciale et des affections comparables en gravité au niveau des structures porteuses.
<input type="checkbox"/>	Perte et/ou extraction de dents consécutive à une ostéomyélite, une ostéonécrose due aux biphosphonates, une radiothérapie (érosion des dents et/ou ostéo-radionécrose, une chimiothérapie anti-tumorale ou un traitement par agent immunosuppresseurs. (2)
<input type="checkbox"/>	Extractions de dents pour la prévention d'endocardite, pendant la mise au point préalable à une opération à coeur ouvert ou une transplantation d'organe, un traitement de chimiothérapie anti-tumorale, un traitement par agents immunosuppresseurs, une radiothérapie ou un traitement aux biphosphonates. (2)
<input type="checkbox"/>	Perte ou extraction de dents résultant de l'impossibilité pour le bénéficiaire d'acquiescer ou de conserver une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant (2)
<input type="checkbox"/>	Perte ou extraction de dents à la suite d'une pathologie exceptionnelle irréfutablement démontrée ou de son traitement lorsqu'il peut être raisonnablement admis que la perte ou l'extraction de dents n'a pas pu être évitée malgré une hygiène buccale correcte (2)
<input type="checkbox"/>	Extraction dentaire ayant lieu chez un bénéficiaire pour qui une opération à coeur ouvert, une transplantation d'organe ou un traitement par un agent ionisant ou immunodépresseur a été prévu mais n'a pas été exécuté (2)

- (1) Cocher la demande et joindre obligatoirement les renseignements médicaux justificatifs. Pour le critère prévention d'endocardite, la nécessité d'extraction(s) dentaire(s) pour la prévention d'endocardite devra être clarifiée par un cardiologue ou un chirurgien cardiaque
- (2) Ces conditions peuvent être prises en compte pour autant que la pathologie qui est à la base de la perte de dents se manifeste après le placement de la prothèse antérieure. La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie.

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette:

**BENEFICIAIRE:**

Nom et prénom .....

Adresse .....

Organisme assureur .....

Numéro d'identification sécurité sociale .....

A remplir par le praticien:

- 1. PATIENT: Nom, prénom .....  
Date de naissance .....
- 2. RENOUVELLEMENT ANTICIPE D'UNE PROTHESE ..... (numéro de nomenclature)
- 3. REMPLACEMENT DE LA BASE EFFECTUE SUR UNE PROTHESE ..... (numéro de nomenclature)
- 4. NATURE DE L'AFFECTION OU DES LESIONS: (description précise et détaillée)  
.....  
.....  
.....
- 5. - Date du placement de la prothèse: .....
- Date du remplacement de la base de la prothèse: .....

Praticien ..... Date : .....

Nom, prénom, adresse .....

Numéro d'identification .....  
(Signature)

Remarque: S'il n'est pas donné une réponse complète à toutes les rubriques concernées, ou si le formulaire n'a pas été rempli lisiblement, le dossier sera renvoyé à l'organisme assureur faute de renseignements suffisants ou en raison du manque de clarté.





**Annexe 58 (suite)**

A remplir par l'organisme assureur

Date(s) de (s) prothèse(s) antérieurement remboursée(s)	Numéro de nomenclature
1. ....	1. ....
2. ....	2. ....
Date(s) de(s) remplacement(s) de la base antérieurement remboursé(s)	Numéro de nomenclature
1. ....	1. ....
2. ....	2. ....

Le délégué de l'organisme assureur :  
(Signature)

Seau ou cachet de l'O.A.

Décision du Conseil technique dentaire

Motivation du refus]

Vu pour être annexé au règlement du 22 février 2016 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER.

Le Président,

J. VERSTRAETEN

