

A.R.10.4.2022 M.B. 25.5.2022
En vigueur 1.7.2022
+
A.R.6.6.2022 M.B. 24.6.2022
En vigueur 1.7.2022

[Modifier](#)

[Insérer](#)

[Enlever](#)

Article 6 – SOINS DENTAIRES

A.R. 10.04.2022 - M.B. 25.05.2022

Art. 6. Généralités.

...

§ 4^{quater}. Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 peuvent être attestées comme honoraires complémentaires pour les prestations de la rubrique « soins conservateurs » et « extractions » à l'exception des prestations 373590-373601, 373612-373623, 373575-373586, 373774-373785, 303590-303601, 303612-303623, 303575-303586, 303774-303785, 374931-374942, 304931-304942, ~~371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301224~~ pour les soins dont la réalisation prend plus de temps à cause d'un handicap ou de limitations fonctionnelles persistants d'ordre physique ou mental chez le patient.

...

§ 6 ORTHODONTIE

...

2. Limites d'âge pour l'intervention de l'assurance.

...

2.2. L'intervention de l'assurance peut se prolonger au-delà de la date du 15^e anniversaire

* pendant toute la période de validité d'une notification, au médecin-conseil, de démarrage d'un traitement orthodontique régulier,

* Lors d'un traitement orthodontique régulier en cours pour lequel le patient continue à bénéficier d'une intervention de l'assurance, et durant la phase de contrôle de contention qui y est attachée.

* Lorsque le Conseil technique dentaire a marqué son accord pour une dérogation à la limite d'âge

* Durant la durée de validité de l'annexe 60 ou son équivalent qui notifie le démarrage d'un traitement orthodontique régulier selon les modalités prévues au point 4.2 ;

Sauf pour les cas mentionnés dans le point 4.4.1.1, l'intervention de l'assurance prend fin à la date du 22^e anniversaire de l'assuré.

...

3. Traitement orthodontique de première intention.

...

3.1. Définition et intervention de l'assurance.

...

3.1.2. L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique de première intention est due une seule fois par bénéficiaire et se limite à :

- une fois la prestation 305933-305944 en début de traitement;
- une fois la prestation 305955-305966 à la fin de cette phase de traitement.

Elle prend fin à la date du 9^e anniversaire du bénéficiaire. Elle s'arrête définitivement avec le début d'un traitement orthodontique régulier et à la date de la prestation 305631-305642 et du premier 305616-305620.

~~Répartie ainsi en 2 forfaits, elle couvre l'entièreté du traitement orthodontique de première intention qui comprend la notification au médecin-conseil, l'appareillage, la pose de l'appareillage et les visites de traitement.~~

Répartie ainsi en 2 forfaits, elle couvre l'entièreté du traitement orthodontique de première intention qui comprend la rédaction et la conservation de la notification dans le dossier du patient, l'appareillage, la pose de l'appareillage et les visites de traitement.

Le premier forfait 305933-305944 doit être attesté immédiatement lors du placement de l'appareillage nécessaire au traitement orthodontique de première intention, le second forfait 305955-305966 est attesté à la fin du traitement, et au plus tôt dans le courant du 6^e mois civil de traitement qui commence avec le mois de la prestation du 305933-305944.

3.1.3. Pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé pour un traitement orthodontique de première intention, l'annexe 60bis ou son équivalent doit être rédigée au plus tard le jour du placement de l'appareil et conservée dans le dossier du patient et gardée à disposition du médecin-conseil ;

...

~~**3.2. Notification de démarrage d'un traitement orthodontique de première intention.**~~

~~Pour que le patient puisse bénéficier d'une intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique de première intention, il faut que le médecin-conseil soit averti du commencement d'un traitement. Cette notification est effectuée au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60bis, complété et signé par le praticien le jour du placement de l'appareil. Le formulaire est joint à l'attestation de soins donnés de la prestation 305933-305944.~~

...

4. Traitement orthodontique régulier.

...

4.1. Définition et intervention de l'Assurance.

...

4.1.3. L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier consiste en 2 forfaits pour appareillage et 36 prestations 305616-305620 en ce compris les prestations 305653-305664 :

- une fois la prestation 305631-305642 en début de traitement orthodontique régulier, lors de la pose de l'appareil
- une fois la prestation 305675-305686 après minimum 6 forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier et, au plus tôt, dans le courant du 6^e mois de traitement régulier.
- La notification au médecin-conseil est comprise dans l'intervention de l'assurance pour le traitement orthodontique régulier

La rédaction et la conservation dans le dossier du patient de l'annexe 60 ou son équivalent sont comprises dans l'intervention de l'assurance pour le traitement orthodontique régulier ;

- L'intervention de l'assurance pour les forfaits pour une séance de traitement orthodontique régulier est limitée à 36 forfaits avec un maximum de 6 forfaits par semestre et un maximum de deux forfaits par mois civil.

- Le 1^{er} semestre du traitement orthodontique régulier commence avec le mois civil du premier 305616-305620 attesté immédiatement le jour du placement de l'appareil. Le commencement de ce premier semestre détermine les semestres suivants.

- une attestation de soins peut regrouper jusqu'à 6 forfaits 305616-305620 à condition de ne jamais dépasser une période de 18 mois civils. Cette période commence avec le premier forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier.

- en cas d'utilisation des n° 305653-305664, l'attestation est rédigée immédiatement.

- après une interruption d'une période de plus de 6 mois civils du traitement régulier, le mois civil de reprise du traitement régulier constitue la nouvelle référence pour le calcul des semestres ultérieurs de traitement.

...

4.2. Notification de démarrage d'un traitement orthodontique régulier.

~~Pour que le patient puisse bénéficier d'une intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier, en ce compris l'appareillage, il faut que le médecin conseil soit averti du commencement d'un traitement.~~

~~La notification doit être réceptionnée par l'organisme assureur avant le quinzième anniversaire du bénéficiaire ou, tout au moins, être postée au plus tard avant cette date, le cachet de la poste faisant foi.~~

~~Cette notification est effectuée au moyen d'un formulaire réglementaire annexe 60, complété et signé par le praticien, au plus tard, au moment du placement de l'appareillage. Dans ce cas, le formulaire est joint à l'attestation de soins donnés à la date où la prestation 305631-305642 est effectuée et, par dérogation à l'alinéa suivant, la notification ainsi transmise permet l'intervention à la date des prestations reprises sur cette attestation de soins donnés.~~

~~Cette notification est valable pendant une période de 24 mois civils qui commence avec le mois de réception de la notification à l'organisme assureur ou du cachet de la poste. C'est durant cette période que le traitement orthodontique régulier doit être commencé pour pouvoir bénéficier de l'intervention.~~

~~Dans le cas où le traitement n'a pas commencé dans cette période et que l'ayant droit n'a pas atteint l'âge limite des 15 ans, une nouvelle notification doit être introduite.~~

~~Lorsqu'il est prévu de commencer le traitement orthodontique régulier, après la date du 15^e anniversaire du bénéficiaire, au delà du délai de validité d'une notification, comme précisé au 4^e alinéa, la notification pourra alors être introduite à titre conservatoire. Sa durée de validité prend fin à la date du 22^e anniversaire du bénéficiaire.~~

~~Pour être valable et prise en considération, une notification à titre conservatoire doit être effectuée au plus tôt dans la période des 24 mois civils précédant celui du 15^e anniversaire du bénéficiaire; le mois du 15^e anniversaire est le dernier mois de la période. La notification doit mentionner explicitement une justification détaillée du report du commencement du traitement.~~

~~Au plus tard dans le mois suivant celui de la réception de l'annexe 60, l'organisme assureur informera le bénéficiaire de la réception de la notification et des prestations pour lesquelles le bénéficiaire peut encore bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire. Tenant compte des éléments dont elle dispose, l'organisme assureur lui fournira un historique des codes orthodontiques déjà utilisés.~~

4.2. Notification de démarrage d'un traitement orthodontique régulier.

4.2.1. Pour que le patient puisse bénéficier d'une intervention de l'assurance, il faut au plus tard au moment du démarrage d'un traitement orthodontique régulier que l'annexe 60 ou son équivalent soit rédigée et conservée dans le dossier du patient et gardée à disposition du médecin-conseil.

4.2.2. Le traitement orthodontique régulier doit commencer avant le 15^{ème} anniversaire.

4.2.3. Dans le cas où le traitement ne peut commencer avant le 15^{ème} anniversaire de l'assuré, le praticien peut attester entre le 13^{ème} et le 15^{ème} anniversaire la prestation 305572-305583, conformément aux conditions reprises au point 1.5., ou le pseudocode 305690-305701. Cette prestation ou ce pseudocode doivent être en possession de l'organisme assureur avant le 15^{ème} anniversaire de l'assuré. Le traitement orthodontique doit commencer dans une période de 24 mois civils à partir de la date du code 305572-305583 ou 305690-305701

4.2.4. Lorsqu'il est prévu de commencer le traitement orthodontique régulier, à partir de la date du 15^{ème} anniversaire du bénéficiaire et au-delà du délai de validité des codes 305572-305583 ou 305690-305701, le pseudocode 305756-305760 peut être attesté comme notification à titre conservatoire à l'organisme assureur. La durée de validité de cette notification au moyen de ce code se termine au 22^{ème} anniversaire de l'assuré.

4.2.4.1. Pour être valable et prise en considération, une notification à titre conservatoire doit être attestée au moyen du pseudocode 305756-305760 au plus tôt dans la période des 24 mois civils précédant le 15^{ème} anniversaire du bénéficiaire et être en possession de l'organisme assureur au plus tard avant le 15^{ème} anniversaire. Le dossier du patient doit mentionner explicitement une justification détaillée du report du commencement du traitement.

4.2.4.2. Une notification après le 13^{ème} anniversaire du patient au moyen des codes 305572-305583 ou 305690-305701 peut être transformée, durant sa période de validité, en une notification à titre conservatoire en attestant le code 305756-305760. Le dossier du patient doit mentionner explicitement une justification détaillée du report du commencement du traitement.

4.2.5. Au plus tard dans le mois suivant celui de la réception de l'un des codes 305631-305642, 305572-305583, 305690-305701 ou 305756-305760 l'organisme assureur informera le bénéficiaire des prestations pour lesquelles il peut encore bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire. Tenant compte des éléments dont il dispose, l'organisme assureur lui fournira un historique des codes orthodontiques déjà utilisés.

...

4.3 Annonce d'une interruption de traitement orthodontique régulier.

...

4.3.1. Une interruption du traitement orthodontique régulier, supérieure à une période de six mois civils entre 2 prestations 305616-305620 qui n' a pas été annoncée, provoque la perte définitive de l'intervention de l'assurance pour les prestations relevant de la rubrique "Orthodontie". La période commence le mois de la prestation 305616-305620 précédant l'interruption.

Une période d'interruption de plus de six mois civils doit être annoncée auprès du médecin -conseil. Cette annonce doit parvenir à l'Organisme assureur dans les délais requis par la nomenclature.

L'attestation du 305653-305664 à la place du 305616-305620 au cours d'un traitement orthodontique régulier vaut comme une annonce de démarrage d'une période d'interruption éventuelle de plus de six mois. Le médecin-conseil peut, néanmoins, demander au praticien de justifier par écrit les raisons de cette interruption.

Si, exceptionnellement, l'annonce **de l'interruption** ne peut se faire au moyen du code de prestation 305653-305664, elle se fait par écrit, par le praticien traitant, et doit expliquer les motifs de cette interruption.

En cas d'interruption involontaire du traitement orthodontique régulier due au praticien, le médecin-conseil constitue un dossier établissant qu'il s'agit, ou non, d'un cas de force majeure pour le praticien. Ce dossier est transmis au Conseil technique dentaire pour décider de la suite de l'intervention de l'assurance.

4.3.2. Pour être dans les délais requis de réception, l'annonce **de l'interruption** doit être réceptionnée par l'organisme assureur au plus tard avant la fin de la période de 6 mois civils qui se sera écoulée depuis le dernier 305616-305620, ou, tout au moins, être postée avant cette date, le cachet de la poste faisant foi. La période commence avec le mois de cette dernière prestation.

...

4.4 Dérogation à la limite d'âge.

...

4.4.1 Quand la notification d'un démarrage de traitement orthodontique n'a pas été faite avant la date du 15^e anniversaire du bénéficiaire **selon les modalités prévues au point 4.2.**, l'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique régulier peut exceptionnellement être autorisée par le Conseil technique dentaire après cette date, pour autant que l'assuré n'ait pas atteint la date de son 22^e anniversaire au moment de la réception de la demande par l'organisme assureur ou, tout au moins, de son envoi par la poste (le cachet de la poste faisant foi).

...

4.4.1.2. pour les situations empêchant la prise en charge orthodontique dans les délais fixés par la nomenclature à cause d'un trouble mental sévère de l'assuré, ou des suivi et traitement intensifs d'une pathologie sévère dans le domaine de la santé générale, comme une affection oncologique grave ou un traumatisme grave. ~~Cette pathologie doit être apparue, soit pendant la durée de 2 ans de validité de la notification se prolongeant au-delà du 15^e anniversaire, soit en absence de notification pendant la période de 24 mois civils précédant le 15^e anniversaire du bénéficiaire.~~ Cette pathologie doit être apparue, soit pendant la période de validité de 24 mois civils à partir de la date du code 305572-305583 ou 305690-305701 qui se poursuit au-delà du 15^e anniversaire, soit pendant la période de 24 mois civils précédant le 15^e anniversaire du bénéficiaire. Le dernier mois de la période coïncide avec celui du 15^e anniversaire du patient.

6. Dispositions diverses.

...

~~6.4. L'attestation de la prestation 305550-305561 après une prestation 305594-305605 qui a été attestée avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 4 décembre 2013, doit satisfaire aux dispositions du point 1.4., la période de 24 mois calendrier mentionnée commençant le mois où la prestation 305594-305605 est effectuée.~~

6.4. Les décisions en matière d'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique et les interruptions d'un traitement orthodontique, intervenant toutes deux avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 4 décembre 2013 et XX restent valables conformément aux dispositions de l'article 6, § 6. Pour les traitements où le médecin-conseil n'avait pas accordé initialement toutes les prestations 305616-305620, l'intervention est assurée pour 36 prestations 305616-305620.

~~6.5. Les décisions en matière d'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique et les interruptions d'un traitement orthodontique, intervenant toutes deux avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 4 décembre 2013 restent valables conformément aux dispositions de l'article 6, §6. Pour les traitements où le médecin-conseil n'avait pas accordé initialement toutes les prestations 305616-305620, l'intervention est assurée pour 36 prestations 305616-305620.~~

6.5. Les notifications via l'annexe 60 réceptionnées auprès des organismes assureurs avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 avril 2022 peuvent durant la période de leur validité être transformées en notification à titre conservatoire selon les modalités prévues au point 4.2.4.2.

Cette possibilité vaut aussi pour les cas dans le point 6.6. ci-après.

6.6. Dans le cas où le traitement ne peut commencer avant le 15^e anniversaire de l'assuré et à défaut des codes 305572-305583, 305690-305701 ou 305756-305760, la réception d'une notification au moyen de l'annexe 60, qui a été rédigée, à titre conservatoire ou non, avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 avril 2022 et introduite à partir de cette date auprès de l'organisme assureur avant le 15^e anniversaire du bénéficiaire, peut être acceptée. Cette possibilité est limitée à une période de deux ans à partir de la date de la rédaction de l'annexe 60.

Dans ce cas et sous réserve des dispositions reprises sous le point 4.2., la période de validité durant laquelle le traitement orthodontique peut démarrer est de 24 mois civils à compter à partir de la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 avril 2022, sauf notification à titre conservatoire.

Art. 6. Généralités.

...

~~"§ 1er bis. La consultation prévue sous les nos 371033-371044 et 301033-301044 fait l'objet d'une demande écrite du médecin traitant. Le dentiste conserve cette demande dans le dossier dentaire~~

"§ 2bis. Les prestations 371615-371626, 371571-371582 et 301593-301604 ne peuvent être attestées qu'à la condition suivante :

Le prestataire de soins doit tenir et après chaque soin dentaire actualiser un dossier dentaire individuel contenant au moins :

- l'identification du patient;
- la date de naissance;
- l'anamnèse médicale en rapport avec les pathologies bucco-dentaires;
- un exemplaire des radiographies effectuées ou leur protocole des pathologies observées;
- le plan de traitement proposé lors de cet examen buccal (soins à envisager avec identification des dents à traiter);
- le traitement appliqué et/ou la médication;
- le renvoi éventuel vers un autre prestataire de soins."

"A.R. 23.5.2017" (en vigueur 1.9.2017)

"Si en cas de réalisation d'un examen buccal annuel, il est nécessaire de prendre un ou plusieurs éléments radiodiagnostiques intrabuccaux et/ou d'éliminer la plaque dentaire ou d'effectuer un léger détartrage, ces actes sont compris dans les honoraires de la prestation 301593-301604.

~~Les actes préventifs effectués lors d'un examen buccal annuel 301593-301604 n'entrent pas en ligne de compte comme condition de remboursement pour la prestation examen buccal parodontal et/ou le détartrage sous-gingival."~~

"§ 3bis. L'intervention de l'assurance pour les prestations ~~304894-304905-304990-305001~~, 304916-304920, ~~301173-301184~~ et 301210-301221 est uniquement due si l'extraction dentaire est fait dans une des circonstances suivantes :

"1) consécutive à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

2) préalable à une sanification de la bouche dans le cadre d'une radiothérapie au niveau de la tête ou du cou, une chimiothérapie, une opération à coeur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agent ionisant ou immunodépresseur;

3) consécutive à une impossibilité pour le bénéficiaire d'acquérir ou de conserver sans l'aide d'un tiers une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant.

L'invocation d'une de ces conditions d'intervention est de la responsabilité du praticien de l'art dentaire traitant. La motivation en est reprise et conservée par le praticien de l'art dentaire dans le dossier du bénéficiaire, et en plus est confirmée :

- pour le point 1) par une attestation du médecin qui traitait l'affection.

- pour le point 2) par une demande écrite de sanification de la bouche par le médecin traitant la pathologie.

Ces éléments peuvent être réclamés pour consultation par le médecin conseil."

"A.R. 29.11.2017" (en vigueur 1.1.2018)

~~"Pour les prestations 371151-371162, 301151-301162 et 301173-301184 le bénéficiaire doit être, au moment de l'extraction, sous traitement d'anticoagulant oral et/ou parentéral et/ou souffrir d'hémophilie. Les données le démontrant doivent être conservées par le praticien dans le dossier du patient et peuvent être demandées pour consultation par le médecin conseil."~~

"A.R. 7.1.2018" (en vigueur 1.2.2018)

"Une dent ne peut être extraite qu'une fois et cela exclut tout remboursement ultérieur de soins dentaires conservateurs et d'extractions dentaires pour cette localisation dentaire."

"§ 3quater. Les prestations de la rubrique «extractions» dans le cas où une suture a été réalisée comprennent tant la suture et le matériel de suture, que l'enlèvement du matériel de suture. "

"En cas d'extraction prévue sous 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221, toute extraction supplémentaire effectuée dans une même séance et dans le même quadrant donne droit aux honoraires prévus pour la prestation n° 374872- 374883, 304872-304883 ou 304916-304920. De plus, l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par jour pour les prestations 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221.

"Les prestations d'honoraires complémentaires pour suture de plaie peuvent être uniquement portées en compte s'il est cumulé avec les prestations 374975-374986, 374872-374883, 374754-374765, 374776-374780, 304975-304986, 304872-304883, 304990-305001, 304916-304920, 304754-304765, 304776-304780 et si il n'y a pas de cumul avec une prestation chirurgicale de l'article 14 I) dans le même champ opératoire. "

L'intervention de l'assurance pour les prestations ~~371151-371162, 301151-301162, 301173-301184~~, 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221, toute extraction supplémentaire effectuée dans une même séance et dans le même quadrant donne droit aux honoraires prévus pour la prestation n° 374872- 374883, 304872-304883 ou 304916-304920. De plus, l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par jour pour les prestations 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221..

"§ 4quater. Et Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 peuvent être attestées comme honoraires complémentaires pour les prestations de la rubrique « soins conservateurs » et « extractions » **et les prestations 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781** à l'exception des prestations 373590-373601, 373612-373623, 373575-373586, 373774-373785, 303590-303601, 303612-303623, 303575-303586, 303774-303785, ~~374931-374942, 304931-304942~~, **375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163** pour les soins dont la réalisation prend plus de temps à cause d'un handicap ou de limitations fonctionnelles persistants d'ordre physique ou mental chez le patient.

"La motivation pour l'attestation des prestations 379514-379525 et 309514-309525 et la documentation du handicap sont reprises par le praticien dans le dossier du bénéficiaire.

L'invocation d'une de ces conditions d'intervention est de la responsabilité du praticien traitant.

Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 sont limitées à deux par jour."

"§ 18. A l'exception des prestations 371092-371103, 301092-301103, 371114-371125 et 301114-301125, toutes les prestations de l'article 5 sont prises en charge par l'assurance lorsqu'elles sont effectuées par un candidat dentiste généraliste sous les conditions de l'article 4, §§ 3 et 4, un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, un médecin spécialiste en stomatologie ou un médecin-dentiste..

A l'exception des prestations

371114-371125, 301114-301125, 371033-371044, 301033-301044, 371055-371066, 301055-301066, 371070-371081, 301070-301081, 371136-371140, 301136-301140, ~~371151-371162, 301151-301162, 301173-301184~~, 371195-371206, 301195-301206, 301210-301221, 371254-371265, 301254-301265, 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361, 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, 371792-371803, 371814-371825, 371836-371840, 371851-371862, 371873-371884, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245, ~~374850-374861, 304850-304861~~, ~~374975-374986, 304975-304986~~, 374872-374883, 304872-304883, ~~304894-304905~~, ~~304990-305001~~, 304916-304920, 374754-374765, 304754-304765, 374776-374780, 304776-304780, ~~374931-374942, 304931-304942~~, ~~375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163~~, 308512-308523, 377016-377020, 307016-307020, 377031-377042, 307031-307042, 377053-377064, 307053-307064, 377090-377101, 307090-307101, 377112-377123, 307112-307123, 377134-377145, 307134-307145, 377230-377241, 307230-307241, 307252-307263, 377274-377285, 307274-307285, 379514-379525, 309514-309525, 389631-389642, 389653-389664

aucune prestation de l'article 5 n'est prise en charge par l'assurance lorsqu'elle est effectuée par un candidat dentiste spécialiste en parodontologie sous les conditions de l'article 4, §§ 3 et 4 ou un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie.

A	l'exception	des	prestations
371092-371103,	301092-301103,	371033-371044,	301033-301044,
371055-371066,	301055-301066,	371070-371081,	301070-301081,
371136-371140,	301136-301140,	371151-371162,	301151-301162,
301173-301184,	371195-371206,	301195-301206,	301210-301221,
371254-371265,	301254-301265,	371615-371626,	371571-371582,
301593-301604,	305550-305561,	305572-305583,	305616-305620,
305653-305664,	305734-305745,	305631-305642,	305675-305686,
305830-305841,	305852-305863,	305874-305885,	305911-305922,
305933-305944,	305955-305966,	377016-377020,	307016-307020,
377031-377042,	307031-307042,	377053-377064,	307053-307064,
377090-377101,	307090-307101,	377112-377123,	307112-307123,
377134-377145,	307134-307145,	377230-377241,	307230-307241,
307252-307263,	377274-377285,	307274-307285,	389631-389642,
389653-389664;	309573-309584	et	309595-309606

aucune prestation de l'article 5 n'est prise en charge par l'assurance lorsqu'elle est effectuée par un candidat dentiste spécialiste en orthodontie sous les conditions de l'article 4, §§ 3 et 4 ou un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie.

"§ 20. Toutes les prestations de l'article 5 de la nomenclature doivent être effectuées conformément aux critères prévus aux articles 14, 17 et 19 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

Lorsqu'une prestation de l'article 5 de la nomenclature est effectuée en dehors d'un cabinet fixe, cette information doit être indiquée à l'aide d'un pseudocode attesté selon les modalités prévues à l'article 23 § 7 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.