

SOMMAIRE

- Les élections dentaires
- Modifications de la nomenclature au 1^{er} MAI
- Toutes les règles interprétatives
- Nomenclature⁰¹⁻⁰⁵⁻¹¹ : Tableau récapitulatif
- Formation continue
- Formulaire d'inscription aux cours



L'INCISIF

COURRIER SYNDICAL

N° 171 - JUIN 2011



LES ÉLECTIONS DENTAIRES ARRIVENT ...

LES ENJEUX DE CES ÉLECTIONS

Les élections dentaires ont été mises en place par l'I.N.A.M.I. relativement récemment, puisque les premières élections ont eu lieu en 2003.

Depuis, tous les quatre ans, et à l'instar des praticiens de l'art médical et des kinésithérapeutes, les praticiens de l'art dentaire sont appelés à choisir les organisations professionnelles qui les représenteront au sein de l'I.N.A.M.I. Les élections donnent aux organisations professionnelles élues un caractère légal et légitime.

Parallèlement à l'instauration des élections, le pouvoir politique a prévu un dédommagement financier pour les missions de plus en plus diverses et complexes assurées au sein de l'I.N.A.M.I. par les organisations professionnelles.

Cela n'est pas sans importance. Ce financement présente en effet des risques de déparage. D'une part, il peut altérer la liberté de pensée et d'action des associations.

D'autre part, il peut faire naître des « vocations » intéressées. Dans la partie sud du pays et à Bruxelles, les missions des associations professionnelles étaient auparavant bien distinctes : mission scientifique ou mission syndicale.

La situation est actuellement bien moins claire, au détriment de la cohésion de notre corps professionnel.

QUOIQU'IL EN SOIT, IL FAUT « FAIRE AVEC ».

Les Chambres Syndicales Dentaires sont issues d'une prise de conscience collective qui a émergé des grèves médicales du début des années soixante. A cette époque, le pouvoir politique, représenté par le ministre Leburton, s'était donné comme objectif d'assurer l'exercice libéral de la profession.

La réaction massive et solidaire des médecins et des dentistes de l'époque a permis de mettre ce projet hors jeu. Cette tendance de fond reste malgré tout bien présente dans différentes options socio-politiques exprimées au sein de l'I.N.A.M.I.

Les Chambres Syndicales Dentaires se révèlent donc être l'organisation professionnelle syndicale la plus authentique du Sud du pays et de Bruxelles.

La concertation et de la décision collégiale y sont cultivées comme une tradition, avec comme point de convergence le praticien dans sa dimension physique, mentale et sociale : **POUR NOUS, IL NE PEUT Y AVOIR DE PATIENTS HEUREUX SANS DENTISTES HEUREUX... !**

Les Chambres Syndicales Dentaires se sont également révélées être une véritable pépinière de responsables d'associations professionnelles, dont les têtes pensantes ont fait leur classe au sein de notre association, qu'il s'agisse de la Société de Médecine Dentaire ou du Collège d'Omnipratique Dentaire.

Même s'ils ne partagent pas les mêmes idées, les praticiens qui vous représentent sont donc loin d'être des inconnus les uns pour les autres...

LES ÉLECTIONS DENTAIRES SONT DONC TRÈS IMPORTANTES SUR PLUSIEURS POINTS :

- Elles instaurent la légitimité des associations professionnelles, donc de leurs représentants, au sein de l'I.N.A.M.I., et, corollairement, la légitimité globale des associations professionnelles au sein du Conseil de l'Art Dentaire, du Fonds des Accidents du Travail, des organismes assureurs, de l'A.F.C.N., du Conseil Supérieur de la Santé, et des organisations internationales.
- Elles apportent un financement non négligeable aux associations élues.
- Elles garantissent une ouverture démocratique selon des critères clairement établis : le processus des élections ouvre ainsi la porte cette année à une nouvelle association dans le nord du pays, la Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen.

NOS OBJECTIFS ET NOS PRIORITÉS

Les priorités à long terme sont parfois éphémères et les événements exigent fréquemment de laisser la place aux nombreuses préoccupations du moment, récurrentes ou non...

TOUTEFOIS, NOUS TENONS À SUIVRE DE PRÈS L'ÉVOLUTION DE CERTAINS POINTS :

■ **Primo, LA FORMATION CONTINUÉE.** Nous n'avons jamais été des défenseurs de l'accréditation, car nous pensons que la formation continuée est avant tout une obligation morale que chacun doit respecter mais qui doit laisser la place au libre choix. Nous n'organisons des cours que dans un but précis : permettre à nos membres d'être en ordre avec les exigences légales de l'agrément ou de l'accréditation.

C'est un service que nous rendons, gratuitement. Il n'est pas question de faire de l'argent avec cela. Nous sommes partisans d'une véritable formation continuée, certifiante, qui permette à chacun d'évoluer dans sa carrière, de façon exclusive ou non.

Cette formation continuée doit être ouverte, notamment aux formations organisées à l'extérieur de la Belgique, sans limitation.

Ouverte également sur des domaines non conventionnels, alternatifs, pour autant qu'ils aient une assise reconnue.

On est loin de ce résultat. En l'absence d'une telle formation continuée, l'exercice de la dentisterie générale conduira vite à une impasse, dans laquelle la plupart des praticiens ne s'engageront pas, préférant les voies plus gratifiantes, tant au niveau de la recon-

naissance sociale que des honoraires, des spécialismes organisés par les universités.

■ **Secundo, LA PUBLICITÉ.** Ou plutôt doit-on parler de la « com ». Il faut certes vivre avec son temps. La communication évolue. On ne peut fermer les yeux et l'ignorer. Mais notre profession, qui est une profession de santé, exige une communication honnête, éthique et déontologique propre à ce type de profession.

Quoiqu'on en dise, les soins de santé ne sont pas des produits commerciaux comme le savon, les voitures ou les vacances au soleil. Quels qu'en soient les auteurs, la communication doit être responsable éthiquement et déontologiquement des messages et des informations qu'elle transmet, tant au niveau du contenu que de la forme.

Les dérives doivent être dénoncés, et si nécessaires sanctionnés.

■ **Tertio, LES GARDES DENTAIRES.** Nous considérons que la garde dentaire doit être comprise comme une forme de solidarité des professionnels entre eux face à leur obligation légale de permanence dans la dispense des soins.

Hormis des circonstances particulières, tous doivent y participer, et y adhérer de façon volontaire.

Compte tenu des nouvelles exigences légales concernant le maintien des titres professionnels, nul ne peut être exclu d'un rôle de garde. Pour nous, la coordination sur le terrain doit être gérée par les associations professionnelles, avec la volonté de garantir le respect des exigences légales individuelles et collectives de façon impartiale, mais souple.

De même, l'évaluation du fonctionnement doit être suivi et traité sur le moyen et le long terme.

■ **Quatro, LE PROBLÈME DES PENSIONS.** Nous avons déjà souligné le fait que les années d'étude rachetées ne sont pas considérées comme des années d'activité professionnelle, mais simplement comme le rachat de quarante –cinquièmes de pension.

Notre profession est une profession dont le caractère pénible n'est pas suffisamment connu ou reconnu. En collaboration avec nos collègues français, nous voulons faire reconnaître cet état de fait, et nous voulons voir assimiler les années rachetées à des années prestées. Il est en effet totalement injuste qu'un indépendant puisse échapper aux pénalités de prise anticipée de pension après 42 années d'activité, soit à 62 ans, alors que cela s'avère impossible à un praticien de l'art dentaire, qui ne peut terminer ses études avant l'âge de 23 ans...

Les années d'étude rachetées doivent donc être assimilées à des années prestées : c'est une simple question de décence et de justice sociale.

LA CRÉATION D'UN ORDRE DES DENTISTES EST SOUHAITABLE ET UTILE. POURQUOI ?

Oui, nous sommes demandeurs d'un ordre des dentistes, pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, parce qu'un ordre permettrait d'établir un tableau des professionnels, obligés de s'y inscrire.

Cette démarche permettrait de contrôler plus efficacement si les exigences de formation sont bien remplies, notamment pour les praticiens étrangers qui désirent exercer dans notre pays.

Ensuite, parce qu'un ordre professionnel possède, outre la mission de conciliation, de médiation et de remédiation, un pouvoir de sanction. Sanction qui doit être graduelle, mais réelle. L'ordre doit pouvoir intervenir lorsqu'une pratique met en danger les patients.

L'ordre doit pouvoir intervenir lorsque des praticiens se trouvent en conflit, pour de multiples raisons :

Problème d'association, conflit de compétence, conflit avec des patients, conflit avec d'autres professions de santé, « publicité » trompeuse, respect de la déontologie, par exemple.

L'ordre professionnel est une structure présente dans la plupart des professions libérales, et inhérente à leur fonctionnement basée sur la responsabilité individuelle et l'esprit d'initiative.

Les praticiens de l'art dentaire font bien triste figure face aux autres professions libérales, toutes pourvues d'un ordre tant au niveau national qu'au niveau européen.

La création d'un ordre professionnel s'impose dans un futur que nous voudrions très proche.

QUE RÉPONDRE AUX PRATICIENS QUI SE DÉSINTÉRESSENT DES ÉLECTIONS, PENSANT QUE DE TOUTE FAÇON CE SERONT TOUJOURS LES MÊMES QUI PRENDRONT LES DÉCISIONS...

Il est clair qu'une profession comme la nôtre, qui met en jeu une priorité sociale évidente, la santé, et un financement public important, ne peut décider seule de certains choix.

L'exercice libéral de notre profession laisse cependant à chaque prestataire une liberté de choix assez vaste, qui est unique et propre à notre système social occidental.

L'adhésion à une convention négociée entre les partenaires en est un exemple symbolique. Il est évident également qu'un syndicat de profession libérale ne fonctionne pas comme un syndicat d'ouvriers, dans lequel s'exerce un réel contrôle social permanent.

Le titulaire d'une profession libérale garde une marge de liberté bien réelle dans ses choix professionnels.

Dans une telle situation, il est souvent difficile de se mettre d'accord sur un point donné, qu'il s'agisse de dire oui ou de dire non. C'est pourtant le rôle d'une association professionnelle comme la nôtre.

RÉCEMMENT ENCORE, NOUS L'AVONS FAIT VIS-À-VIS DE L'A.F.C.N.

Et si nécessaire, nous le ferons encore si les circonstances nous y contraignent, solidairement. Car, ne l'oublions pas : **C'EST NOUS QUI POSSÉDONS L'OUTIL DE TRAVAIL ET LE SAVOIR-FAIRE.**

Notre force est donc là : il faut savoir la reconnaître, l'évaluer, et, si nécessaire l'exprimer avec force et conviction. Parce que notre profession a une place importante dans la société d'aujourd'hui, comme dans celle de demain.

Les valeurs qu'elle véhicule, à l'instar des autres professions libérales, méritent le respect et la gratitude. Au moins au même titre que les corps de pompiers, les services de justice ou l'aide sociale...
Il est donc très important que chacun participe aux élections et marque son choix...

Jean-Marie Hubert, **Président des CSD**

MODIFICATION DE LA NOMENCLATURE AU PREMIER MAI 2011



A NOTER QUATRE MODIFICATIONS IMPORTANTES DANS LA LIMITE D'ÂGE :

- l'examen buccal annuel est étendu au 63ème anniversaire au lieu du 60ème ;
- le détartrage sous-gingival et l'examen parodontal s'appliquent entre 18 ans et le 50ème anniversaire ;
- le DPSI s'applique dès le 15ème anniversaire, et ce sans limite d'âge.

En outre, le remboursement de l'examen parodontal sera de 86,99 euros au lieu de 75,87 euros.

PUBLICITÉ ILLÉGALE DE DENTISTES.

Nous sommes littéralement envahis de courriers nous dénonçant les pratiques peu déontologiques de certains dentistes que nous ne nommerons pas des confrères.

Enseignes lumineuses, publicités (ou articles complaisants) dans des journaux, sites web, plaques aux dimensions gargantuesques, voir même insert dans les pages d'or.

Les temps semblent changer dans la profession.

Impunité par manque d'un Ordre des dentistes sans doute.

Toutefois, si vous êtes un confrère «dénonçant», ayez au moins svp la gentillesse de vous faire connaître (nous recevons plusieurs dénonciations anonymes), et ceci afin de nous assurer du suivi et de l'évolution de la situation.

Sachez également que les CSD n'ont pas les pouvoirs d'un juge d'instruction: nous ne pouvons qu'engager notre service juridique, par ailleurs extrêmement débordé par les nombreuses affaires en justice dont nous vous tenons régulièrement au courant.

PUBLICITÉ DE LABORATOIRES DENTAIRES ET DE SALONS DE BLANCHIMENT.

Nous recevons régulièrement également des demandes d'action pour ces publicités.

Là aussi, un extrait d'un journal (mais quel journal?) nous parvient sous forme de lettre anonyme. Impossible bien sûr d'avoir une action efficace sans savoir au moins de quel journal cette publicité est issue.

TOUTES LES RÈGLES INTERPRÉTATIVES DANS LES PAGES QUI SUIVENT.

Les règles interprétatives changent au fil du temps, et parfois , plus personne ne s'y retrouve vraiment.

Il nous paraissait urgent de satisfaire la demande sans cesse croissante de la plupart de nos membres de publier ces règles telles qu'elles s'appliquent à ce jour.

Vous les trouverez tout au long de cet Incisif.





RÈGLES INTERPRÉTATIVES DES CONSULTATIONS ET DES CUMULS



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.



QUESTION

Qu'entend-on par « cumul » ?

REPONSE

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



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'ar-

ticle 14 I) 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 14 I), effectuées en dehors du champ opératoire de la prestation principale peuvent être attestées à 50 %.

SOINS CONSERVATEURS

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 01



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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 02



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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 03**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.

EXTRACTIONS

La règle n°1 concerne les ORL

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 02**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).

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 03**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.

PROTHÈSES DENTAIRES**RÈGLE INTERPRÉTATIVE 01****QUESTION**

Quelle prestation peut-on attester lorsqu'on remplace 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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 02**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 03**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 ?

REPONSE

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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 04**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 »).

REPONSE

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 »)

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 05**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 06

 **ATTENTION LA REGLE INTERPRETATIVE 06** est abrogée à partir du 01/09/2005:

**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 07**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 08**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 09**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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 01



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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 02



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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 03



ATTENTION LA REGLE INTERPRETATIVE 03 est abrogée à partir du 01/01/2007



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 obtenu.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 04



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 15^e 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 15^e 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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 05**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 06

 **ATTENTION LA REGLE INTERPRETATIVE 06** est abrogée à partir du 01/12/2009:

**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 07**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 08**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 3^e 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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 09



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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 10



QUESTION

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

REPONSE

Non.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 11



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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 12



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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 13



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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 14**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 3^e mois du semestre en cours et au plus tard pendant le 18^e 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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 15**QUESTION**

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

REPONSE

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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 16**QUESTION**

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

REPONSE

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 6^e 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 6^e 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 6^e 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 2^{ème} et le 3^{ème} 305675 ne peuvent être attestés qu'après autorisation du Conseil technique dentaire.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 17**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**RÈGLE INTERPRÉTATIVE 01**

 **ATTENTION LA REGLE INTERPRETATIVE 01** est abrogée à partir du 01/01/2010

**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 02**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 03**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.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 04**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.

COTISATIONS 2011

Cotisation ordinaire	275 €
Ménage de praticiens	340 €
4 enfants ou + à charge	150 €
Diplômés 2007	185 €
Diplômés 2008	145 €
Diplômés 2009	90 €
Diplômés 2010	25 €
Praticiens de + 60 ans	240 €
Membres honoraires	90 €

**A VERSER AU COMPTE : 776-5985388-03 DES CSD,
BLD JOSEPH TIROU, 25/9 - 6000 CHARLEROI.**

(Si vous payez via le compte de votre société, n'oubliez pas de mentionner votre n°Inami pour vous identifier en tant que personne physique. Le secrétariat vous remercie.)

VENDREDI 28 OCTOBRE 2011 DE 9H À 18H00

CONNAÎTRE LES RISQUES MÉDICAUX POUR SOIGNER SANS PROBLÈMES ...

AVEC les Dr Keiani , Dr Steenhaut et Dr Magremanne

Où ? A Namur (Wépion), salle La Marlagne

QUAND ? Le Vendredi 28 octobre 2011 de 09h00 à 18h00

Reconnu dans le cadre du maintien de l'agrément, accréditation demandée pour deux fois deux modules. Vous avez donc la possibilité de venir soit le matin, soit l'après-midi, soit toute la journée. Repas de midi inclus

Inscription préalable obligatoire en retournant le talon ci-dessous au secrétariat par courrier ou par fax au n° 071/32.04.13.



Nom : Cachet et signature
Prénom : N° INAMI :
E-mail :

S'inscrit au cours des CSD du vendredi 28 octobre 2011 (date limite 5/05/2011)

- MATIN de 9H00 à midi
- APRES-MIDI de 14H00 à 18h00
- JOURNEE ENTIERE (repas inclus)

Veuillez entourer SVP (⚠ Date limite d'inscription le 15/10/2011)

- Je suis membre des CSD en règle de cotisation 2011
- Je ne suis pas membre et je verse la somme de 125€ sur le compte 778-5949138-86 des CSD avec la communication " cours - nom - prénom - n°Inami"



Les conférences comprendront quatre modules d'1h30 soit 40 unités d'accréditation répartis suivant les plages horaires décrites ci-après.

Un repas collectif sera servi sur le temps de midi.

PROGRAMME

8h.30 Accueil
9h début des conférences

Modules 1 et 2 Soigner un patient avec une coagulation modifiée par le Dr Keiani

- 9h-10h.30:** rappel des principes de la coagulation , des critères de mesure et de l'action des médicaments
- 10h.30-11h** -pause café
- 11h-12h.30** les précautions lors des soins dentaires sous coagulation modifiée

12h45-13h 45 Dîner

Modules 3 et 4

- 14h** Soigner une femme enceinte par le Docteur Patricia Steenhaut
- 15h30-16h** Pause café
- 16h** Soigner un patient avec un traitement aux biphosphonates par le Dr Magremanne



FDI Annual World Dental Congress

NEW HORIZONS IN ORAL HEALTH CARE

14 - 17 Sept. 2011



www.fdicongress.org



Chambres Syndicales Dentaires ASBL

Siège Social : Avenue de la Renaissance 1 - B 1000 Bruxelles - Tel : 02/428.37.24

Siège Administratif et adresse courrier : Boulevard Tirou 25/9 - B 6000 Charleroi

Tel : 071/31.05.42 - Fax : 071/32.04.13 - email : csd@incisif.org - url : www.incisif.org

Tableau des prestations et honoraires au 1er mai 2011

			Honoraire Accord et Garde	Intervention OMNIO	Intervention AO
Consultations (Cumul interdit, sauf radiologie et petite chirurgie)					
3x1011 [3x1022]	N5	Consultation DG au cabinet	20,13	20,13	15,27
3x1033 [3x1044]	N11	Consultation DG à domicile (à la demande d'un médecin)	27,94	27,94	20,96
3x1055 [3x1066]	N3	Suppl. pour consultation WE et Jours Fériés entre 8 et 21h	8,70	8,70	6,53
3x1070 [3x1081]	N6,5	Suppl. pour consultation de nuit entre 21h et 8h	18,84	18,84	14,13
3x1092 [3x1103]	N6	Consultation DSO au cabinet	24,16	24,16	19,30
3x1114 [3x1125]	N6	Consultation DSP au cabinet	24,16	24,16	19,30

Prévention

Examen Buccal et bilan : jusqu'au 18^{ème} anniversaire , 1x par semestre (cumul interdit sauf radiologie et scellement)

371556 [371560]	N7	Examen buccal 1 ^{er} semestre	21,63	21,63	21,63
371571 [371582]	N7	Examen buccal 2 ^{ème} semestre	21,63	21,63	21,63

Examen Buccal Annuel : 1x par an, de 18 au 63^{ème} anniversaire (examen, radio(s) intraorale(s) et plan de traitement inclus)

301593 [301604]	N20,96		57,83	57,83	54,26
-----------------	--------	--	-------	-------	-------

Scellement de fissure et puits : 1x par dent définitive, jusqu'au 18^{ème} anniversaire

372514 [372525]	L10	Par dent	12,97	12,97	12,97
372536 [372540]	L7	Par dent suppl. dans le même quadrant et la même séance	9,08	9,08	9,08

Nettoyage Prophylactique : jusqu'au 18^{ème} anniversaire, 1x par année civile

371792 [371803]	L10	Quadrant supérieur droit	12,60	12,60	12,60
371814 [371825]	L10	Quadrant supérieur gauche	12,60	12,60	12,60
371836 [371840]	L10	Quadrant inférieur gauche	12,60	12,60	12,60
371851 [371862]	L10	Quadrant inférieur droit	12,60	12,60	12,60
371873 [371884]	L10	Quadrants cumulés	12,60	12,60	12,60

Détartrage à partir de 18 ans : 1x par année civile

302153 [302164]	L10	Quadrant supérieur droit	12,97	12,97	9,73
302175 [302186]	L10	Quadrant supérieur gauche	12,97	12,97	9,73
302190 [302201]	L10	Quadrant inférieur gauche	12,97	12,97	9,73
302212 [302223]	L10	Quadrant inférieur droit	12,97	12,97	9,73
302234 [302245]	L10	Quadrants cumulés	12,97	12,97	9,73

Nettoyage prophylactique chez la personne handicapée : 1x par trimestre

3x1696 [3x1700]	L10	Quadrant supérieur droit	12,97	12,97	9,73
3x1711 [3x1722]	L10	Quadrant supérieur gauche	12,97	12,97	9,73
3x1733 [3x1744]	L10	Quadrant inférieur gauche	12,97	12,97	9,73
3x1755 [3x1766]	L10	Quadrant inférieur droit	12,97	12,97	9,73
3x1770 [3x1781]	L10	Quadrants cumulés	12,97	12,97	9,73

Remarque : En l'absence de consultation ou d'une autre prestation dentaire au cours de l'année civile écoulée, l'intervention de l'O.A. est alors réduite de moitié avec application du code spécifique 301976 réservé à l'OA.

Parodontologie

DPSI (Détermination de l'index parodontal) : avec enregistrement des données et information du patient, 1x par an après le 15^{ème} anniversaire

3x1254 [3x1265]	L20	DPSI	22,06	22,06	16,55
-----------------	-----	------	-------	-------	-------

Détartrage sous gingival avec surfaçage radiculaire et anesthésie, de 18 à 50 ans, si DPSI supérieur à 3 attesté l'année précédente ou actuelle

301276	301280	L30	Quadrant supérieur droit	38,92	38,92	29,19
301291	301302	L30	Quadrant supérieur gauche	38,92	38,92	29,19
301313	301324	L30	Quadrant inférieur gauche	38,92	38,92	29,19
301335	301346	L30	Quadrant inférieur droit	38,92	38,92	29,19
301350	301361	L30	Quadrants cumulés	38,92	38,92	29,19

Examen buccal parodontal , de 18 à 50 ans

301372	301383	L39,15	Examen buccal parodontal	102,49	86,99	86,99
--------	--------	--------	--------------------------	--------	-------	-------

Remarque : x = 7 avant le 18^{ème} anniversaire (et intervention au barème OMNIO pour tous)
x = 0 après le 18^{ème} anniversaire

Extractions

Extraction de dent : jusqu'au 18^{ème} anniversaire (sauf incisive de lait)

374850 [374861]	L21,21	Par dent	33,83	33,83	33,83
374872 [374883]	L15	Par dent supplémentaire dans le même quadrant	23,93	23,93	23,93

Extraction de dent : à partir du 55^{ème} anniversaire

304850 [304861]	L21,21	Par dent	33,83	33,83	25,38
304872 [304883]	L15	Par dent supplémentaire dans le même quadrant	23,93	23,93	17,95

Extraction de dent : du 18^{ème} au 55^{ème} anniversaire (sous conditions)

304894 [304905]	L21,21	Par dent	33,83	33,83	25,38
304916 [304920]	L15	Par dent supplémentaire dans le même quadrant	23,93	23,93	17,95

Suture de plaie après extraction (ou ablation, et uniquement en cumul avec un de ces codes)

3x4931	374942	L12	Pour la première dent	16,02	16,02	12,02
3x4953	374964	L8	Par dent supplémentaire dans le même quadrant et la même séance	10,68	10,68	8,01

Ablation (section & extraction) de racine(s):

3x4754 [3x4765]	L15	* une racine	31,48	31,48	23,61
3x4776 [3x4780]	L20	* plusieurs racines de la même dent	41,97	41,97	31,48

Soins Conservateurs

Dents Lactéales jusqu'au 15^{ème} anniversaire

373811 [373822]	L30	* Obturation(s) de cavité(s) 1 face	41,69	41,69	41,69
373833 [373844]	L40	* Obturation(s) de cavité(s) 2 faces	55,59	55,59	55,59
373855 [373866]	L50	* Obturation(s) de cavité(s) 3 faces ou +	69,48	69,48	69,48

Dents définitives jusqu'au 15^{ème} anniversaire

373892 [373903]	L30	* Obturation(s) de cavité(s) 1 face	41,69	41,69	41,69
373914 [373925]	L40	* Obturation(s) de cavité(s) 2 faces	55,59	55,59	55,59
373936 [373940]	L50	* Obturation(s) de cavité(s) 3 faces ou +	69,48	69,48	69,48
373951 [373962]	L60	* Restauration de cuspide ou bord incisal	83,38	83,38	83,38
373973 [373984]	L70	* Restauration complète de la couronne	97,28	97,28	97,28

Dents lactéales et définitives du 15^{ème} au 18^{ème} anniversaire

374371 [374382]	L20	* Obturation(s) de cavité(s) 1 face	27,79	27,79	27,79
374393 [374404]	L30	* Obturation(s) de cavité(s) 2 faces	41,69	41,69	41,69
374415 [374426]	L40	* Obturation(s) de cavité(s) 3 faces ou +	55,59	55,59	55,59
374430 [374441]	L50	* Restauration de cuspide ou bord incisal (dents définitives uniquement)	69,48	69,48	69,48
374452 [374463]	L60	* Restauration complète de la couronne (dents définitives uniquement)	83,38	83,38	83,38

Dents lactéales et définitives à partir du 18^{ème} anniversaire

304371 [304382]	L20	* Obturation(s) de cavité(s) 1 face	27,79	27,79	20,85
304393 [304404]	L30	* Obturation(s) de cavité(s) 2 faces	41,69	41,69	33,67
304415 [304426]	L40	* Obturation(s) de cavité(s) 3 faces ou +	55,59	55,59	47,57
304430 [304441]	L50	* Restauration de cuspide ou bord incisal (dents définitives uniquement)	69,48	69,48	60,14
304452 [304463]	L60	* Restauration complète de la couronne (dents définitives uniquement)	83,38	83,38	74,04

Couronne préfabriquée : sur molaire lactéale ou 1^{ère} molaire définitive jusqu'au 18^{ème} anniversaire

374474 [374485]	L80	* non cumulable avec un collage	111,17	111,17	111,17
-----------------	-----	---------------------------------	--------	--------	--------

Collage : (mise en œuvre de technique adhésive pour des soins conservateurs sur toutes les dents définitives)

3x3590 [3x3601]	L7,81	par dent	10,85	10,85	8,14
-----------------	-------	----------	-------	-------	------

Pose de la digue : liée à au moins un soin conservateur attesté (attestable 1X par séance)

3x3612 [3x3623]	L7,81		10,85	10,85	8,14
-----------------	-------	--	-------	-------	------

Pulpotomie & obturation de la chambre pulpaire : jusqu'au 18^{ème} anniversaire sur dent lactéale

374356 [374360]	L29		39,47	39,47	39,47
-----------------	-----	--	-------	-------	-------

Traitements & obturation radiculaire (avec les radiographies intermédiaires et de contrôle)

3x4312 [3x4323]	L44	* dent montrant 1 canal visible	79,18	79,18	68,79
3x4533 [3x4544]	L53	* dent montrant 2 canaux visibles	95,38	95,38	84,99
3x4555 [3x4566]	L80	* dent montrant 3 canaux visibles	143,97	143,97	133,58
3x4570 [3x4581]	L106	* dent montrant 4 canaux visibles	190,76	190,76	180,37

Remarque : x = 7 avant le 18^{ème} anniversaire (et intervention au barème OMNIO pour tous)
x = 0 après le 18^{ème} anniversaire

Prothèses

Prothèses amovibles : en 4 étapes et 3 séances, consultations comprises. A partir du 15ème anniversaire (jusqu'au 50ème anniversaire, l'intervention n'est due qu'après accord du Conseil Technique Dentaire ou du médecin conseil)

307731 [307742]	L376	* 1 dent supérieure	334,63	317,90	250,98
307753 [307764]	L376	* 1 dent inférieure	334,63	317,90	250,98
307775 [307786]	L376	* 2 dents supérieures	334,63	317,90	250,98
307790 [307801]	L376	* 2 dents inférieures	334,63	317,90	250,98
307812 [307823]	L376	* 3 dents supérieures	334,63	317,90	250,98
307834 [307845]	L376	* 3 dents inférieures	334,63	317,90	250,98
307856 [307860]	L376	* 4 dents supérieures	334,63	317,90	250,98
307871 [307882]	L376	* 4 dents inférieures	334,63	317,90	250,98
307893 [307904]	L376	* 5 dents supérieures	334,63	317,90	250,98
307915 [307926]	L376	* 5 dents inférieures	334,63	317,90	250,98
307930 [307941]	L412	* 6 dents supérieures	366,67	348,34	275,01
307952 [307963]	L412	* 6 dents inférieures	366,67	348,34	275,01
307974 [307985]	L412	* 7 dents supérieures	366,67	348,34	275,01
307996 [308000]	L412	* 7 dents inférieures	366,67	348,34	275,01
308011 [308022]	L453	* 8 dents supérieures	403,16	383,01	302,37
308033 [308044]	L453	* 8 dents inférieures	403,16	383,01	302,37
308055 [308066]	L453	* 9 dents supérieures	403,16	383,01	302,37
308070 [308081]	L453	* 9 dents inférieures	403,16	383,01	302,37
308092 [308103]	L526	* 10 dents supérieures	468,13	444,73	351,10
308114 [308125]	L526	* 10 dents inférieures	468,13	444,73	351,10
308136 [308140]	L526	* 11 dents supérieures	468,13	444,73	351,10
308151 [308162]	L526	* 11 dents inférieures	468,13	444,73	351,10
306832 [306843]	L600	* 12 dents supérieures	533,99	507,30	400,50
306854 [306865]	L600	* 12 dents inférieures	533,99	507,30	400,50
306876 [306880]	L600	* 13 dents supérieures	533,99	507,30	400,50
306891 [306902]	L600	* 13 dents inférieures	533,99	507,30	400,50
306913 [306924]	L600	* totale supérieure	533,99	507,30	400,50
306935 [306946]	L600	* totale inférieure	533,99	507,30	400,50

Réparation ou adjonction :

3x9013 [3x9024]	L61,5	* Réparation de prothèse supérieure	54,73	54,73	41,05
3x9035 [3x9046]	L61,5	* Réparation de prothèse inférieure	54,73	54,73	41,05
3x9050 [3x9061]	L85	* Adjonction sur prothèse supérieure : 1ère dent	75,65	75,65	56,74
3x9072 [3x9083]	L85	* Adjonction sur prothèse inférieure : 1ère dent	75,65	75,65	56,74
3x9094 [3x9105]	L24,5	* Adjonction sur prothèse supérieure : par dent suppl.	21,80	21,80	16,35
3x9116 [3x9120]	L24,5	* Adjonction sur prothèse inférieure : par dent suppl.	21,80	21,80	16,35

Remplacement de la base :

3x9131 [3x9142]		* Rebasage d'une prothèse supérieure	30 %	30 %	30 %
3x9153 [3x9164]		* Rebasage d'une prothèse inférieure	30 %	30 %	30 %

Prothèses amovibles, dérogation à la limite d'âge jusqu'au 18ème anniversaire : (en 4 étapes et 3 séances minimum)

378954 [378965]	L600	* supérieure (*)	533,99	533,99	533,99
378976 [378980]	L600	* inférieure (*)	533,99	533,99	533,99

(*) Il s'agit de valeur maximale, les honoraires sont fixés au cas par cas par le Conseil Technique Dentaire

Dérogations au délai de renouvellement, ou plus de deux rebasages d'une même prothèse, en cas de modification anatomique importante

3x8335 [3x8346]		* renouvellement anticipé	Voir prothèse	Voir prothèse	Voir prothèse
3x8350 [3x8361]		* 3ème remplacement de la base et suivants éventuels	Voir rebasage	Voir rebasage	Voir rebasage

Implants Oraux : Pose de 2 implants para-symphysaire pour stabiliser une prothèse totale inférieure à partir de 70 ans

308512 [308523]	L1860	* Pose des 2 implants ostéo-intégrés	1655,36	1572,60	1241,52
308534 [308545]	L1745	* Placement des 2 piliers et des ancrages dans la prothèse	1553,01	1475,36	1164,76

Remarque :

x = 7 avant le 18ème anniversaire (et intervention au barème OMNIO pour tous)
x = 0 après le 18ème anniversaire

Orthodontie

305830 [305841]	L20	* Avis orthodontique avec rapport	29,46	29,46	22,10
305911 [305922]	L10	* Analyse céphalométrique sur téléradiographie (1x par année civile)	12,97	12,97	9,73
305933 [305944]	L160	* 1 ^{er} forfait pour traitement orthodontique de 1 ^{ère} intention	217,03	217,03	162,78
305955 [305966]	L160	* 2 ^{ème} forfait pour traitement orthodontique de 1 ^{ère} intention	217,03	217,03	162,78
305594 [305605]	L50	* Examen préliminaire	74,78	74,78	56,09
305631 [305642]	L125	* Forfait appareil début de traitement	169,55	169,55	127,17
305675 [305686]	L125	* Forfait appareil après 6 mois	169,55	169,55	127,17
305616 [305620]	L16,5	* Forfait mensuel	22,38	22,38	16,79
305653 [305664]	L16,5	* Forfait mensuel préc. suspendu + de 6 mois	22,38	22,38	16,79
305712 [305723]	L16,5	* Forfait mensuel préc. Prolongation avant accord	22,38	22,38	16,79
305852 [305863]	L12	* Contrôle de contention	16,28	16,28	12,21
305874 [305885]	L12	* Moulage pour le C.T.D.	20,35	20,35	15,27
305896 [305900]	L15	* Contention préc. Susp. de plus de 6 mois	16,28	16,28	12,21

Radiologie Dentaire

307016 [307020]	N26	* Radiographie extrabuccale	22,99	20,70	17,25
377016 [377020]	N26	* Radiographie extrabuccale < 18ans	22,99	22,99	22,99
307031 [307042]	N13	* Radiographie intrabuccale	11,50	10,35	8,63
377031 [377042]	N13	* Radiographie intrabuccale <18ans	11,50	11,50	11,50
307053 [307064]	N8	* Idem par cliché supplémentaire	7,07	6,37	5,31
377053 [377064]	N8	* Idem par cliché supplémentaire <18ans	7,07	7,07	7,07
307090 [307101]	N41	* Radiographie panoramique (1x / année civile)	39,24	35,32	29,43
377090 [377101]	N41	* Radiographie panoramique (1x / année civile) <18ans	39,24	39,24	39,24
307112 [307123]	N40	* Télé-radiographie 1 cliché (1x / année civile)	35,37	31,84	26,53
377112 [377123]	N40	* Télé-radiographie 1 cliché (1x / année civile) < 18 ans	35,37	35,37	35,37
307134 [307145]	N55	* Télé-radiographie 2 clichés (1x / année civile)	48,64	43,78	36,48
377134 [377145]	N55	* Télé-radiographie 2 clichés (1x / année civile) < 18ans	48,64	48,64	48,64

Petite Chirurgie Buccale (Hors accord, honoraires imposés pendant le service de garde organisé)

317030 [317041]	K42	* Alvéolectomie		49,63	49,63
317052 [317063]	K62.5	* Traitement d'ostéite alvéolaire		73,27	73,27
317074 [317085]	K42	Gingivectomie		24,82	24,82
317111 [317122]	K10	Exérèse de tumeur bénigne		11,82	11,82
317170 [317181]	K42	* Frénectomie		49,63	49,63
317192 [317203]	K10	Incision d'abcès d'origine dentaire		11,82	11,82
317214 [317225]	K125	* Extractions sous narcose (8 dents minimum)		178,37	178,37
317236 [317240]	K62,5	* Extraction de dent incluse		88,63	88,63
317251 [317262]	K75	* Extraction(s) sous narcose (moins de 8 dents)		88,63	88,63
317295 [317306]	K500	* Prothèse spéciale, maximum :		713,46	713,46

Urgences

Prestation intermédiaire dans le cadre d'un service de garde organisé, si un traitement complet ne peut être effectué

373575 [373586]	L58,55	Prestation Intermédiaire <18 ans	81,36	81,36	81,36
303575 [303586]	L58.55	Prestation Intermédiaire > 18 ans	81,36	81,36	72,02

Suppléments pour les prestations techniques urgentes pendant la nuit ou durant le week-end et les jours fériés :

Hors accord, honoraires imposés pour la garde. Le montant de intervention de l' Assurance Maladie, fixé par l'accord médico-mutualiste, est de 100% ou 75% selon que l'intervention liée à la prestation ouvrant droit au supplément est elle-même de 100% ou 75%

599653	≤ K10		12,92	9,69
599631	> K10 et ≤ K25		21,54	16,16
599616	> K25 et ≤ K50		43,08	32,31
599594	> K50 et ≤ K75		64,61	48,46
599572	> K75 et ≤ K120		86,15	64,62
599550	> K120 et ≤ K180		107,69	80,77
599535	> K180 et ≤ K300		129,23	96,93
599513	> K300		161,54	121,16

CHAMBRES SYNDICALES DENTAIRES A.S.B.L

SECRETARIAT

MME P. MARION ET MME M.PITRUZZELLA SE TIENNENT À VOTRE DISPOSITION
CHAQUE JOUR OUVRABLE ENTRE 9H00 ET 13H00

BOULEVARD TIROU 25/9, B-6000 CHARLEROI
TEL 071 / 31 05 42 - FAX 071 / 32 04 13

E-MAIL : CSD@INCISIF.ORG

URL : WWW.INCISIF.ORG

PUBLICITÉ :

DIDIER MALOIR

EDITEUR RESPONSABLE

BLD TIROU, 25/9 B-6000 CHARLEROI