

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/40914]

10 APRIL 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, alinea 5, gewijzigd bij de programma-wet (I) van 26 december 2013 en § 2, alinea 1, 2° gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Technische tandheelkundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 24 september 2020, 25 maart 2021 en 17 juni 2021;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gegeven op 24 september 2020, 25 maart 2021 en 17 juni 2021 ;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie tandheelkundige-ziekenfondsen van 25 november 2021 ;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 15 december 2021 ;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijks-instituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 20 december 2021 ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van financiën, gegeven op 4 februari 2022;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 15 februari 2022;

Gelet op het advies 71.073/2 van de Raad van State, gegeven op 14 maart 2022, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 5 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 november 2019, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° § 2 wordt gewijzigd als volgt :

a) in de rubriek « Parodontologie » wordt bij de verstrekking 301254-301265 de toepassingsregel zoals bedoeld in de derde alinea vervangen als volgt :

De verstrekking 301254-301265 kan enkel worden gecumuleerd met het jaarlijks mondonderzoek, de radiografieën en de raadpleging.

b) in de rubriek « Parodontologie » worden de toepassingsregels met betrekking tot de verstrekkingen 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361 zoals bedoeld in de laatste twee alinea's vervangen als volgt :

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346 en 301350-301361 is enkel verschuldigd:

- indien in hetzelfde kwadrant en in hetzelfde of in het voorafgaande kalenderjaar voorafgaandelijk een verstrekking van profylactisch reiniging of tandsteenverwijdering werd vergoed,

- en indien bij de rechthebbende in hetzelfde of in het voorafgaande kalenderjaar een voorafgaandelijke DPSI-bepaling werd uitgevoerd,

- en indien er bij de laatste DPSI-bepaling minstens een score 3+ werd opgemeten,

- en indien de behandeling werd uitgevoerd onder lokale verdoving, door middel van infiltratie- of geleidingsanesthesie.

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/40914]

10 AVRIL 2022. — Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, modifié par la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 et § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Vu la proposition du Conseil technique dentaire formulées au cours de sa réunion du 24 septembre 2020, 25 mars 2021 et 17 juin 2021;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité donné le 24 septembre 2020, 25 mars 2021 et 17 juin 2021 ;

Vu la décision de la Commission nationale dento-mutualiste en date du 25 novembre 2021 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 15 décembre 2021 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 20 décembre 2021 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances, donné le 4 février 2022 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'État au Budget, donné le 15 février 2022 ;

Vu l'avis 71.073/2 du Conseil d'État, donné le 14 mars 2022, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** À l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 novembre 2019, sont apportées les modifications suivantes :

1° Le § 2 est modifié comme suit :

a) dans la rubrique « Parodontologie » à la prestation 301254-301265 la règle d'application prévue à l'alinéa 3 est remplacée comme suit :

La prestation 301254-301265 ne peut être cumulée qu'avec l'examen buccal annuel, les radiographies et la consultation.

b) dans la rubrique « Parodontologie » les règles d'applications relatives aux prestations 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361 prévues aux deux derniers alinéas sont remplacées comme suit :

L'intervention pour les prestations 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346 et 301350-301361 n'est due que:

- si sur le même quadrant, durant la même année civile ou l'année civile précédente, une prestation antérieure de nettoyage prophylactique ou de détartrage a été remboursée,

- et si chez le bénéficiaire, durant la même année civile ou l'année civile précédente une prestation de détermination du DPSI a été faite au préalable,

- et si lors de la dernière détermination du DPSI, un score d'au moins 3+ a été mesuré,

- et si le traitement a été fait sous anesthésie locale, par infiltration ou par tronculaire.

De verstrekkingen 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346 en 301350-301361 kunnen enkel gecumuleerd worden met

- radiografie(en)

- met een verstrekking tandsteenreiniging 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245 of profylactische reiniging voor zover er in datzelfde kwadrant geen cumul is met een verstrekking verwijderen van subgingivaal tandsteen

- met de extracties van artikel 5 en desgevallend op deze extracties toepasbare verstrekkingen 309514-309525 ;

c) in de rubriek « Parodontologie » bij de verstrekking 301372-301383 bij de toepassingsregel zoals bedoeld in de eerste alinea wordt het woord « voorafgaandelijk » toegevoegd tussen de woorden « kalenderjaar » en « een verstrekking » ;

2° in § 3 van de rubriek « Orthodontie » wordt de omschrijving van de verstrekking 305572-305583 vervangen als volgt :

305572-305583 Analyse van de gegevens en opstellen van een behandelingsplan en bewaring van bijlage 60 of het equivalent in het dossier van de patiënt ..... L 23  
..... P 4.

**Art. 2.** In artikel 6 van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 november 2019, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° § 4<sup>quater</sup> wordt gewijzigd als volgt :

de woorden « 371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221 » worden geschrapt tussen de woorden « 304931-304942 » en de woorden « voor zorgverlening » ;

2° § 6 wordt gewijzigd als volgt :

a) De tweede alinea van punt 2.2 wordt vervangen als volgt :

\* tijdens de geldigheidsduur van bijlage 60 of zijn equivalent die kennis geeft van de start van een regelmatige orthodontische behandeling volgens de in punt 4.2. voorziene modaliteiten ;

b) De derde alinea van punt 3.1.2 wordt vervangen als volgt :

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

c) Na 3.1.2. wordt punt 3.1.3 ingevoegd met de vermelding :

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

d) Punt 3.2 wordt geschrapt ;

e) Punt 4.1.3. wordt gewijzigd als volgt:

Bij het tweede streepje wordt het woord « minstens » ingevoegd tussen de woorden « 305675-305686 na » en « 6 forfaits »

Het derde streepje wordt vervangen als volgt :

de opmaak en de bewaring van bijlage 60 of zijn equivalent in het dossier van de patiënt zijn inbegrepen in de verzekeringstegemoetkoming voor de regelmatige orthodontische behandeling ;

f) Punt 4.2 wordt vervangen als volgt :

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

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

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

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

Les prestations 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346 et 301350-301361 ne peuvent être cumulées qu'avec

- une/des radiographie(s)

- avec une prestation de détartrage 302153- 302164 , 302175- 302186, 302190 -302201, 302212 -302223, 302234- 302245 ou de nettoyage prophylactique pour autant que dans le même quadrant on ne cumul pas avec une prestation de détartrage sous - gingivale

- avec les extractions de l'article 5 et en cas échéant, les dispositions applicables à ces extractions 309514-309525 ;

c) dans la rubrique « Parodontologie » à la prestation 301372-301383 à la règle d'application prévue au premier alinéa est inséré le mot « antérieure » entre les mots « prestation » et « de nettoyage » ;

2° au § 3 de la rubrique « Orthodontie » le libellé de la prestation 305572-305583 est remplacée comme suit :

305572-305583 Analyse des données et élaboration d'un plan de traitement et conservation de l'annexe 60 ou équivalent dans le dossier patient ..... L 23  
..... P 4

**Art. 2.** Dans l'article 6 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 novembre 2019, les modifications suivantes sont apportées :

1° le § 4<sup>quater</sup> est modifié comme suit :

les mots « 371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210-301221 » sont supprimés entre les mots « 304931-304942 » et les mots « pour les soins » ;

2° le § 6 est modifié comme suit :

a) Le deuxième alinéa du point 2.2. est remplacé comme suit :

\* 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 ;

b) Le troisième alinéa du point 3.1.2 est remplacé comme suit :

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.

c) Après le 3.1.2. est inséré le point 3.1.3. mentionnant :

Pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé pour un traitement orthodontique de première intention, l'annexe 60<sup>bis</sup> 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 ;

d) Le point 3.2 est supprimé ;

e) Le point 4.1.3. est modifié de la manière suivante :

Au deuxième tiret est inséré le mot « minimum » entre les mots « 305675-305686 après » et « 6 forfaits »

Le troisième tiret est remplacé de la manière suivante :

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 ;

f) Le point 4.2. est remplacé de la manière suivante :

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 15ème anniversaire.

4.2.3. Dans le cas où le traitement ne peut commencer avant le 15ème anniversaire de l'assuré, le praticien peut attester entre le 13ème et le 15ème 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 15ème 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. Als het voorzien is om de regelmatige orthodontische behandeling te starten vanaf de datum van de 15e verjaardag van de rechthebbende en buiten de geldigheidstermijn van de codes 305572-305583 of 305690-305701, kan de pseudocode 305756-305760 geattesteerd worden als een kennisgeving ten bewarende titel aan de verzekeringsinstelling. De geldigheidsduur van deze kennisgeving dmv. deze code eindigt op de 22e verjaardag van de verzekerde.

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

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

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

g) In de vierde alinea van punt 4.3.1. worden de woorden « van de onderbreking » toegevoegd tussen de woorden « de melding » en « niet kan » ;

h) In punt 4.3.2., eerste alinea, worden de woorden « van de onderbreking » toegevoegd tussen de woorden « de melding » en « ontvangen »

i) In punt 4.4.1 in de eerste alinea wordt de zin « overeenkomstig de bepalingen in punt 4.2 » ingevoegd na het woord « rechthebbende » ;

j) In punt 4.4.1.2. wordt de tweede zin vervangen als volgt :

Deze pathologie moet verschenen zijn, ofwel gedurende de geldigheidstermijn van 24 kalendermaanden vanaf de datum van de code 305572-305583 of 305690-305701 die doorloopt na de 15e verjaardag, ofwel gedurende de periode van 24 kalendermaanden voorafgaand aan de 15e verjaardag van de rechthebbende.

k) Punt 6.4. wordt vervangen als volgt :

6.4. De beslissingen inzake verzekeringstegemoetkoming voor een orthodontische behandeling en de onderbrekingen van een orthodontische behandeling, beiden ingegaan vóór de datum van inwerkingtreding van het Koninklijk besluit van 4 december 2013 en XX, blijven gelden conform de bepalingen van artikel 6, § 6. Voor de behandelingen waar de adviserend geneesheer initieel niet alle verstrekkingen 305616-305620 had toegekend, wordt de tegemoetkoming voor 36 verstrekkingen 305616-305620 verzekerd.

l) Punt 6.5. wordt vervangen als volgt :

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

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

m) Een punt 6.6 wordt ingevoegd :

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

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

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de tweede maand die volgt op de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

4.2.4. Lorsqu'il est prévu de commencer le traitement orthodontique régulier, à partir de la date du 15ème 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 22ème 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 15ème anniversaire du bénéficiaire et être en possession de l'organisme assureur au plus tard avant le 15ème 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 13ème 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.

g) Au quatrième alinéa du point 4.3.1. sont insérés les mots « de l'interruption » entre les mots « l'annonce » et « ne peut » ;

h) Au point 4.3.2., premier alinéa, sont insérés les mots « de l'interruption » entre les mots « l'annonce » et « doit » ;

i) Au point 4.4.1. au premier alinéa est insérée la phrase « selon les modalités prévues au point 4.2. » après le mot « bénéficiaire » ;

j) Au point 4.4.1.2. la deuxième phrase est remplacée comme suit :

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 15ème anniversaire, soit pendant la période de 24 mois civils précédant le 15ème anniversaire du bénéficiaire.

k) Le point 6.4. est remplacé comme suit :

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.

l) Le point 6.5. est remplacé comme suit :

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.

m) Un point 6.6 est inséré :

6.6. Dans le cas où le traitement ne peut commencer avant le 15ème 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 15ème 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. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit sa publication au *Moniteur belge*.



**Art. 4.** De minister die Sociale zaken onder haar bevoegdheden heeft is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 april 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

**Art. 4.** Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 avril 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/31795]

**18 APRIL 2022.** — Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2007 en § 2, eerste lid, 2°, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Overeenkomstencommissie vroedvrouwen - verzekeringinstellingen, gegeven op 9 februari 2021;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 15 februari 2021;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 10 maart 2021;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 15 maart 2021;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 13 december 2021;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 15 februari 2022;

Gelet op het advies 71.088/2 van de Raad van State, gegeven op 14 maart 2022 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2° van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 9 a), § 5 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 18 maart 2020, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het achtste lid wordt vervangen als volgt:

“422951 Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de vijfde dag volgend op de dag van de verlossing, op een werkdag V 28”

2° een lid wordt tussen het achtste en het negende lid ingevoegd, luidende:

“422995 Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de vijfde dag volgend op de dag van de verlossing, in het weekend of op een feestdag V 28”

3° het veertigste lid wordt vervangen als volgt:

“De verstrekkingen 422796, 423791, 422774, 423776, 422914, 422936, 422951, 422995, 422435, 428492, 428514, 422450, 428654, 428676, 422472, 428691 en 428713 omvatten het postnataal onderzoek van moeder en kind (anamnese, klinische evaluatie, meting en opvolging van de

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/31795]

**18 AVRIL 2022.** — Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 35, § 1<sup>er</sup>, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2007 et § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu la proposition de la Commission de conventions sages-femmes - organismes assureurs, donnée le 9 février 2021;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 15 février 2021;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 10 mars 2021;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 15 mars 2021;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 13 décembre 2021;

Vu l'accord du Secrétaire d'État au Budget, donné le 15 février 2022 ;

Vu l'avis 71.088/2 du Conseil d'Etat, donné le 14 mars 2022 en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 9 a), § 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 18 mars 2020, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 8 est remplacé par ce qui suit :

« 422951 Surveillance et soins postnatals pendant le 5e jour suivant le jour de l'accouchement, à domicile, pendant un jour ouvrable V 28 »

2° un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 8 et 9 :

« 422995 Surveillance et soins postnatals pendant le 5e jour suivant le jour de l'accouchement, à domicile, durant le week-end ou un jour férié V 28 »

3° l'alinéa 40 est remplacé par ce qui suit :

« “Les prestations 422796, 423791, 422774, 423776, 422914, 422936, 422951, 422995, 422435, 428492, 428514, 422450, 428654, 428676, 422472, 428691 et 428713 visent l'examen postnatal de la mère et de l'enfant (anamnèse, évaluation clinique, mesure et suivi des paramètres