

**ANNEXE 91**

**NOTIFICATION DE L'INTERVENTION DE L'ASSURANCE POUR LES PRESTATIONS DE SOINS DENTAIRES CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DU CANCER OU AVEC DE L'ANODONTIE (article 6.§5ter NPS)**

**A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette :**

BENEFICIAIRE : Nom, prénom .....  
 Adresse.....  
 Organisme assureur.....  
 Numéro d'inscription à la sécurité sociale .....

**A compléter et à transmettre par le dispensateur de soins au médecin-conseil de l'organisme assureur:**

**OBJET DE LA NOTIFICATION:**

Le bénéficiaire se trouve dans l'indication suivante : (Cochez l'indication présente chez le bénéficiaire)	
<input type="checkbox"/>	Présente une perte de dents ou plusieurs anomalies dentaires en raison d'une réaction du greffon contre l'hôte dans la sphère oro-faciale après une thérapie par cellules souches ;
<input type="checkbox"/>	Présente une perte de dents ou plusieurs anomalies dentaires à la suite d'une chimiothérapie et/ou radiothérapie avant le 12 <sup>e</sup> anniversaire.

**Prestations qui peuvent faire l'objet d'un remboursement après avoir parcouru le questionnaire ci-dessous (conformément à l'article 5 et 6 de la NPS) :**

Prestations	Limitation par code nomenclature (voir article 5 et 6 NPS)
379536-379540/379551-379562/309536-309540/309551-309562 : Supplément châssis métallique sur prothèse dentaire amovible	Maximum 1 par mâchoire et renouvellement possible après 10 années civiles
309573-309584/309595-309606 : Implants ostéo-intégré pour supporter une prothèse dentaire portée par un châssis métallique	Maximum 4 par mâchoire (si remboursement via la prestation 308512-308523, maximum 2 sur la mâchoire inférieure)
309610-309621/309632-309643 : Placement d'un pilier/attachement sur un implant ostéo-intégré et fixation des ancrages correspondants dans une prothèse dentaire amovible	1 par implant, maximum 4 par mâchoire (si prestation 308534-308545 a été remboursée, maximum 2 sur la mâchoire inférieure)
309654-309665/309676-309680 : Mise en place d'une barre sur 2 implants ostéo-intégrés et pose des ancrages correspondants dans une prothèse dentaire amovible	Maximum 2 par mâchoire
309691-309702/309713-309724 : Mise en place d'une barre supplémentaire sur 2 implants ostéo-intégrés et pose des ancrages correspondants dans une prothèse dentaire amovible	Maximum 2 par mâchoire
309735-309746/309750-309761 : Placement d'un bridge complet sur minimum 4 implants sur une mâchoire édentée	Maximum 1 par mâchoire

**La nomenclature limite l'attestation des prestations selon les règles suivantes (se référer à l'article 6.§5 ter NPS) :**

- Une barre équivaut à 2 piliers
  - Une barre supplémentaire équivaut à un pilier
  - Un bridge équivaut à 4 piliers et un châssis métallique pour prothèse.
- Par conséquent :**
- L'attestation de la prestation bridge exclut l'attestation des autres prestations sur la même mâchoire.
  - L'attestation de deux fois la prestation barres exclut l'attestation d'une prestation piliers ou barres supplémentaires sur la même mâchoire.

(°) d'application à partir du 1-1-2020

**Informations complémentaires et traitement :**

**A. Cochez l'affection oncologique présente chez le bénéficiaire**

Veillez cocher

- Leucémie
- Lymphome au niveau de la tête et du cou
- Tumeur des tissus mous au niveau de la tête et du cou
- Tumeur osseuse au niveau de la tête ou du cou
- Réaction du greffon contre l'hôte dans la sphère oro-faciale après une thérapie par cellules souches
- Autres : .....

**B. En cas de tumeur dans la sphère oro-faciale, veuillez indiquer où se trouvait la tumeur :**

Veillez cocher (plusieurs options sont possibles)

- Lèvre
- Langue
- Palais
- Joue
- Mâchoire supérieure
- Mâchoire inférieure
- Sinus
- Larynx
- Autres: .....

**C. Indiquez les traitements que le patient a suivi pour l'affection mentionnée sous A**

Veillez cocher (plusieurs options sont possibles)

- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Ablation chirurgicale de la tumeur
- Autres : .....

**D. Indiquez les fonctions sur lesquelles l'affection et/ou le traitement décrit sous A et C a un impact :**

Veillez cocher (plusieurs options sont possibles)

- Mastication
- Parole
- Déglutition
- Bien-être psychosocial
- Autres: .....

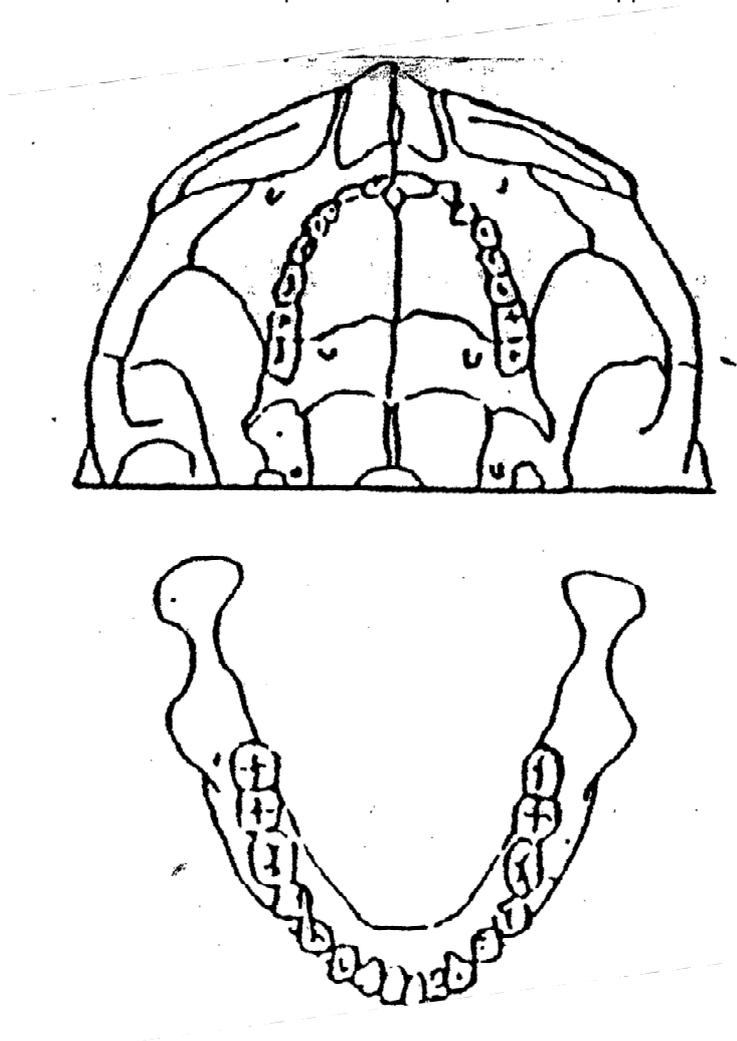
Schéma dentaire 1 – Entourez les dents qui ont été perdues suite au traitement anti-cancéreux:

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28  
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Schéma dentaire 2 –Barrez les dents absentes et indiquez les implants avec « I » au-dessus/en dessous du numéro de la dent.

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28  
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Esquisse sur laquelle des annotations complémentaires peuvent être apposées :



**E. Questionnaire servant à déterminer les prestations qui entrent en compte pour l'intervention de la rubrique "Soins dentaires pour les patients cancéreux ou avec de l'anodontie" de l'article 5 de la nomenclature:**

\* Conformément à l'article 6, §5ter de la nomenclature des prestations de santé, le remboursement des prestations 379536-379540; 379551-379562; 309536-309540; 309551-309562; 309573-309584; 309595-309606; 309610-309621; 309632-309643; 309654-309665; 309676-309680; 309691-309702; 309713-309724; 309735-309746; 309750-309761 dépend du nombre points d'appui fonctionnels présents dans la bouche, ce qui suppose que pour un bon maintien d'une prothèse dentaire amovible, dans les deux parties latérales de la mâchoire, en incluant la canine, au moins deux points d'appui non contigus doivent être présents.

**E.1. Maxillaire supérieur (cochez le matériel utilisé et indiquez le nombre lorsque c'est nécessaire)**

Emplacement des points d'appui	Choix thérapeutique du châssis métallique (voir article 5 et 6 NPS)		Choix thérapeutique du bridge (voir article 5 et 6 NPS)	
<b>deux points d'appui fonctionnels sont présents des deux côtés ou le patient a moins de 18 ans*</b>	la prestation 379536-379540 ou 309536-309540 est attestée une fois	....x (max.1x)	/	
<b>1 point d'appui fonctionnel est manquant*</b>	la prestation 309573-309584 est attestée une fois	....x (max.1x)	/	
	la prestation 309610-309621 est attestée une fois	....x (max.1x)		
	la prestation 309536-309540 est attestée une fois après ajout d'un point d'appui	....x (max.1x)		
<b>plusieurs points d'appui fonctionnels sont manquants*</b>	la prestation 309573-309584 est attestée	....x (max.3x)	/	
	la prestation 309610-309621 est attestée	....x (max.3x)		
	la prestation 309654-309665 est attestée	....x (max.1x)		
	la prestation 309691-309702 est attestée	....x (max.1x)		
	la prestation 309536-309540 est attestée une fois	....x (max.1x)		
<b>aucun point d'appui fonctionnel*</b>	la prestation 309573-309584 est attestée	.... x (max.4x)	prestation 309573-309584 est attestée	.... x (min. 4x)
	la prestation 309610-309621 est attestée	.... x (max.4x)	la prestation 309735-309746 est attestée une fois	....x (max. 1x)
	la prestation 309654-309665 est attestée	....x (max.2x)		
	la prestation 309691-309702 est attestée	....x (max.2x)		
	la prestation 309536-309540 est attestée une fois	....x (max.1x)		

**E.2. Maxillaire inférieur** (cochez le matériel utilisé et indiquez le nombre lorsque c'est nécessaire)

Emplacement des points d'appui	Choix thérapeutique du châssis métallique (voir article 5 et 6 NPS)		Choix thérapeutique du bridge (voir article 5 et 6 NPS)	
<b>deux points d'appui fonctionnels sont présents des deux côtés ou le patient a moins de 18 ans*</b>	la prestation 309551-309562 ou 379551-379562 est attestée une fois	....x (max.1x)	/	
<b>1 point d'appui fonctionnel est manquant</b>	la prestation 309595-309606 est attestée une fois	....x (max.1x)	/	
	la prestation 309632-309643 est attestée une fois	....x (max.1x)		
	la prestation 309551-309562 est attestée une fois après ajout d'un point d'appui	....x (max.1x)		
<b>plusieurs points d'appui fonctionnels sont manquants*</b>	la prestation 309595-309606 est attestée	.... x (max.3x)		
	la prestation 309632-309643 est attestée	.... x (max.3)		
	la prestation 309676-309680 est attestée	....x (max.1x)		
	la prestation 309713-309724 est attestée	....x (max.1x)		
	la prestation 309551-309562 est attestée une fois	....x (max.1x)		
<b>aucun point d'appui fonctionnel*</b>	la prestation 309595-309606 est attestée	.... x (max.4x)	la prestation 309595-309606 est attestée	.... x (min. 4x)
	la prestation 309632-309643 est attestée	.... x (max.4x)	la prestation 309750- 309761 est attestée une fois	....x (max. 1x)
	la prestation 309676-309680 est attestée	....x (max.2x)		
	la prestation 309713-309724 est attestée	....x (max.2x)		
	la prestation 309551-309562 est attestée une fois	....x (max.1x)		

**F. Le travail prothétique est interrompu prématurément en raison du décès du patient ou pour des raisons médicales impérieuses** (voir article 6§5ter NPS et 23 §6 Règlement soins de santé du 28/7/2003)

Indiquez les raisons de l'interruption du travail prothétique ainsi que l'étape de la réalisation à laquelle l'interruption a eu lieu:

.....  
.....  
.....  
.....

**G. Annexe.**

PRATICIEN:            Nom, prénom .....  
                             Adresse .....  
                             Numéro INAMI .....

Date

Signature