"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986)

"Art. 15. § 1er. Sont en tout cas considérées comme connexes à l'une des spécialités énumérées à l'article 14, sous a) à m), les prestations relevant des autres spécialités énumérées au même article."

"A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998)

"§ 2. Sauf en cas de force majeure, les interventions d'une valeur égale ou supérieure à K 120 ou N 200 ou I 200 doivent être effectuées dans une institution hospitalière agréée par l'autorité compétente et qui comprend au moins un service C ou D."

"A.R. 12.8.2008" (en vigueur 1.10.2008)

"Par force majeure, il faut comprendre : l'apparition, chez le patient, d'un état pathologique exceptionnel, imprévisible et inévitable, indépendant de la volonté du prestataire de soins."

"A.R. 16.2.2009" (en vigueur 1.5.2009)

"Cette règle n'est pas d'application en cas de force majeure et pour les prestations reprises à l'article 14 h) de la nomenclature, pour autant que ces prestations en ambulatoire soient exécutées dans un environnement extra-muros qui répond aux normes architecturales d'une fonction d'hôpital chirurgical de jour, décrite aux articles 2 à 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour» pour être agréée, et que ces prestations sont réalisées sous anesthésie locale ou topique, n'exigeant pas de sédation du patient, ni de besoins en accueil ou surveillance infirmiers directs."

§ 3. En cas d'interventions chirurgicales multiples exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire, seule l'intervention principale est honorée.

"A.R. 17.4.2002" (en vigueur 1.8.2002)

"§ 4. Lorsque, au cours d'une même séance opératoire, plusieurs interventions sont exécutées dans des champs nettement distincts, l'intervention principale est honorée à cent pour cent et la ou les autres interventions à cinquante pour cent des valeurs indiquées pour ces prestations, à moins que le libellé de la prestation ou les règles de la nomenclature ne le déterminent autrement."

Cette disposition ne s'applique ni aux prestations qui sont décrites comme nécessitant ou pouvant nécessiter le recours à plusieurs champs opératoires, ni à des techniques complémentaires que peuvent comporter certaines interventions prévues sous un énoncé général, ni à l'appendicectomie effectuée en même temps qu'une laparotomie pour une autre affection : dans tous ces cas, seule l'intervention principale est honorée.

§ 5. Si, au cours de l'évolution post-opératoire, une complication nécessite une nouvelle intervention, celle-ci est honorée à cent pour cent de sa valeur.

§ 6. Le matériel de synthèse et les bandes et autres matières plâtrées, nécessaires à certaines interventions, sont portés en compte à l'assurance et remboursés en supplément des honoraires pour ces interventions, conformément au tarif de remboursement prévu pour ce matériel de synthèse et ces bandes et autres matières plâtrées.

§ 6bis. Les dispositions prévues à l'article 15, §§ 2, 3, 4, 5 et 6 ci-dessus sont également applicables aux prestations chirurgicales prévues par ailleurs dans la présente nomenclature.

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004) + "A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.8.2017)
"§ 7. Toutes les demandes relatives à la prestation 317295-317306 doivent être adressées au Conseil technique dentaire, par la voie de l'organisme assureur, au moyen du formulaire complété et signé par le praticien et dont le modèle figure à l'annexe 59 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Elles peuvent être portées en compte à l'AMI si elles ont été autorisées par le Conseil à concurrence du montant fixé par lui et dans les limites des montants fixés pour ces appareils."

"A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"L'appareillage mentionné sous *a)* et *b)* de la prestation 317295-317306 ne peut bénéficier du remboursement de l'AMI que s'il a été placé dans la période de 10 jours qui précède ou qui suit la date de la prestation chirurgicale remboursée de l'article 14*, l)* d'une valeur égale ou supérieure à K 180."

"A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)
"§ 8. Pour les prestations 317236 - 317240, 312314 - 312325, 312336 - 312340, 312351 - 312362, 312373 - 312384, 312395 - 312406, 312410 - 312421 et 312432 - 312443, la radiographie est conservée dans le dossier médical et est mise à la disposition du médecin-conseil sur simple demande. Le remboursement pour extraction d'une dent incluse n'est dû que si un document radiographique établit l'authenticité de l'inclusion."

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 21.1.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 16.7.2023" (en vigueur 1.9.2024)
"§ 9. L'intervention de l'assurance pour extraction dentaire pour laquelle une anesthésie générale est nécessaire, est uniquement due chez les enfants de moins de 12 ans ou les patients avec une limitation fonctionnelle congénitale ou acquise de nature physique ou mentale ou chez les patients pour lesquels une anesthésie locale est médicalement contre-indiquée. De plus ces extractions doivent être effectuées en milieu hospitalier et l'anesthésie doit être effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie-réanimation. La motivation pour l'exécution de l'intervention sous anesthésie générale est reprise par le praticien de l'art dentaire ou le médecin spécialiste en stomatologie dans le dossier du bénéficiaire et est tenue à disposition du médecin-conseil."

§ 10. *Abrogé par A.R. 9.12.2003 (en vigueur 1.2.2004*)

§ 11. *Abrogé par A.R. 9.12.2003 (en vigueur 1.2.2004)*

§ 12. L'intervention de l'assurance est limitée aux prestations prévues à l'article 14, I), dont le numéro d'ordre est suivi du signe +, lorsqu'elles sont effectuées par un praticien de l'art dentaire dans les limites des prérogatives conférées par les diplômes légaux.

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)
"§ 13. En ce qui concerne la prestation n° 312756 - 312760, le remboursement de K 1250 constitue un plafond et chaque cas devra être apprécié séparément selon son importance et le nombre d'implants."

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004)
"Toutes les demandes de remboursement relatives à la prestation 312756 - 312760 doivent être adressées au Collège des médecins-directeurs, par la voie de l'organisme assureur, au moyen d'un formulaire comportant une justification détaillée et une évaluation précise des frais des implants et dont le modèle est fixé par le Collège précité."

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)
"La prestation couvre l'acte chirurgical et les implants, à l'exclusion de la prothèse.

De plus, l'intervention de l'assurance est limitée à l'indication prévue dans la prestation."

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995)
"§ 14. Les prestations chirurgicales d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120 ou N 200, effectuées dans les conditions prévues à l'article 14 et au présent article et portées en compte par un médecin spécialiste accrédité, donnent lieu à un supplément d'honoraires de Q 70.

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 318916 - 318920.

Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance opératoire."

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 24.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)
"§ 15. Pour les prestations n°s 227135 - 227146, 228034 - 228045, 242491 - 242502, 242756 - 242760, 243272 - 243283, 244031 - 244042, 244090 - 244101, 244112 - 244123 effectuées chez les nouveau-nés et les nourrissons de moins de 6 mois, la valeur relative des valeurs mentionnées dans la présente nomenclature est augmentée de 50 %."

"A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004)
"§ 16. Sous réserve de dispositions contraires, dans l'article 14, I), le concept de quadrant est admis comme champ opératoire dans le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur. Le maxillaire supérieur comprend 2 quadrants. Le maxillaire inférieur comprend 2 quadrants."

"A.R. 21.1.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 22.10.2010" (en vigueur 1.2.2011)
"**§ 17.** Les prestations des différents groupes, groupe 1, groupe 2, groupe 3, peuvent être cumulées à 100 %:

Groupe 1: 255253-255264, 255452-255463, 255533-255544, 256115-256126, 256196-256200, 256336-256340, 256756-256760, 256771-256782, 257036-257040, 257191-257202, 258090-258101, 258451-258462, 259011-259022, 259033-259044, 259114-259125, 258856-258860, 258871-258882, 258893-258904, 310590-310601, 311010-311021, 311032-311043, 311091-311102, 311150-311161, 311172-311183, 311312-311323, 311710-311721, 311791-311802, 312653-312664,

Groupe 2 : 258370-258381, 258392-258403, 258554-258565, 312970-312981, 312572- 312583, 312594-312605,

Groupe 3 : 250176-250180, 250213-250224, 251274-251285, 251296-251300, 251311-251322, 251333-251344, 251355-251366, 251370-251381, 251812-251823, 251834-251845, 251856-251860, 251893-251904, 251915-251926, 251930-251941, 312874-312885."

"A.R. 24.10.2013" (en vigueur 1.1.2014)
"§ 18. Sous réserve de dispositions contraires, dans l'article 14, *k*), le concept de rayon est admis comme champ opératoire dans la main et le pied. Par rayon de la main, on entend le squelette métacarpophalangien formant l'axe d'un doigt et les articulations adjacentes, et l'ensemble des tissus mous et des paquets vasculonerveux correspondants. Par rayon du pied, on entend le squelette métatarsophalangien formant l'axe d'un orteil et les articulations adjacentes, et l'ensemble des tissus mous et des paquets vasculonerveux correspondants."

"A.R. 18.6.2017" (en vigueur 1.9.2017) +"A.R. 6.9.2021" (en vigueur 1.11.2021) +

"§ 19. Dans le cas d'un processus tumoral métastasique, les prestations 243051-243062, 243036-243040, 244053-244064, 244016-244020, 244031-244042, 243110-243121, 241474-241485, 241415-241426, 241430-241441, 241452-241463, 242056-242060, 242012-242023, 242034-242045 peuvent être cumulées à 100% avec les prestations 242336-242340, 242314-242325, 242292-242303, 244856-244860, 243235-243246."

"A.R. 6.9.2021" (en vigueur 1.11.2021) +
"§ 20. Lors de l'attestation des prestations chirurgicales il faut mentionner la latéralité (gauche ou droite) pour chaque membre et chaque organe pair et ceci indépendamment de la façon d'attester."