ROYAUME DE BELGIQUE

78.395/2

KONINKRIJK BELGIE

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

Arrêté royal modifiant les articles 3, 24bis et 32 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

Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 3, 24bis en 32 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

Philippe, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Filip, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1er, alinéa 5, et § 2, alinéa 1er, 1°, 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 ;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 1°, 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;

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

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

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de la procédure électronique clôturée le 18 juin 2025 ;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens de elektronische procedure afgesloten op 18 juni 2025;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné au cours de la procédure électronique clôturée le 18 juin 2025 ;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven tijdens de elektronische procedure afgesloten op 18 juni 2025;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 23 juin 2025 ;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen van 23 juni 2025;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 2 juillet 2025 ;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 2 juli 2025;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 7 juillet 2025 ;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 7 juli 2025;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 2 octobre 2025 ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 2 oktober 2025;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 23 octobre 2025 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 23 oktober 2025;

Vu l'avis @ du Conseil d'Etat, donné le @, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Gelet op advies @ van de Raad van State, gegeven op @, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. A l'article 3 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 7 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1er,

a) au B.,

1) la deuxième et troisième règle d'application suivant la prestation 114030-114041 sont remplacées comme suit :

« La prestation 114030-114041 peut être portée en compte une seule fois toutes les cinq années civiles à partir du premier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 30 ans, et au plus tôt au cours de la troisième année civile suivant le dernier examen cytologique remboursé jusqu'au dernier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 64 ans.

Si aucun dépistage du cancer du col de l'utérus n'a été remboursé au cours des 10 années civiles précédentes, la prestation 114030-114041 peut être portée en compte encore une fois plus tard dans la vie, à partir du premier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 65 ans. » ;

2) la deuxième règle d'application suivant la prestation 114170-114181 est remplacée comme suit :

« Si, à titre exceptionnel, un suivi deux fois par année civile est nécessaire sur le plan médical, le médecin traitant remplit un formulaire de notification standardisé qui est transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, avec la mention « haut risque temporaire ». Cette notification unique reste d'application aussi longtemps qu'un suivi plus fréquent est requis du point de vue médical. Le remboursement pour haut risque temporaire n'est applicable qu'à partir de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 25 ans. » ;

3) la deuxième règle d'application suivant la prestation 114192-114203 est remplacée comme suit :

« Le médecin traitant remplit un formulaire de notification standardisé qui est transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire en y mentionnant l'indication. » ;

b) au C., II.,

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Artikel 1. In artikel 3 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 7 mei 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1,

a) in de bepalingen onder B.,

1) worden de tweede en derde toepassingsregel na de verstrekking 114030-114041 vervangen als volgt:

"De verstrekking 114030-114041 mag eenmaal om de vijf kalenderjaren worden aangerekend vanaf de eerste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 30 jaar wordt en ten vroegste in het derde kalenderjaar na het laatste terugbetaalde cytologisch onderzoek tot de laatste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 64 jaar wordt.

Op voorwaarde dat in de 10 voorafgaande kalenderjaren geen opsporing naar baarmoederhalskanker meer werd terugbetaald, mag de verstrekking 114030-114041 vanaf de eerste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 65 jaar wordt nog één maal in het verdere leven aangerekend worden.";

2) wordt de tweede toepassingsregel na de verstrekking 114170-114181 vervangen als volgt:

"Indien opvolging uitzonderlijk tweemaal per kalenderjaar medisch noodzakelijk is, maakt de behandelende arts een gestandaardiseerd notificatieformulier op dat overgemaakt wordt aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met de melding van "tijdelijk hoog risico". Deze eenmalige melding blijft van kracht zolang een frequentere opvolging medisch vereist is. De terugbetaling wegens tijdelijk hoog risico is enkel van toepassing vanaf het kalenderjaar waarin de rechthebbende de leeftijd van 25 jaar bereikt.";

3) wordt de tweede toepassingsregel na de verstrekking 114192-114203 vervangen als volgt:

"De behandelende arts maakt een gestandaardiseerd notificatieformulier op dat overgemaakt wordt aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met vermelding van de indicatie.";

b) in de bepalingen onder C., II.,

1) la deuxième et troisième règle d'application suivant la prestation 149612-149623 sont remplacées comme suit :

« La prestation 149612-149623 peut être portée en compte une seule fois toutes les cinq années civiles à partir du premier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 30 ans, et au plus tôt au cours de la troisième année civile suivant le dernier examen cytologique remboursé jusqu'au dernier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 64 ans.

Si aucun dépistage du cancer du col de l'utérus n'a été remboursé au cours des 10 années civiles précédentes, la prestation 149612-149623 peut être portée en compte encore une fois plus tard dans la vie, à partir du premier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 65 ans. » ;

2) la deuxième règle d'application suivant la prestation 149634-149645 est remplacée comme suit :

« Si, à titre exceptionnel, un suivi deux fois par année civile est nécessaire sur le plan médical, le médecin traitant remplit un formulaire de notification standardisé qui est transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, avec la mention « haut risque temporaire ». Cette notification unique reste d'application aussi longtemps qu'un suivi plus fréquent est requis du point de vue médical. Le remboursement pour haut risque temporaire n'est applicable qu'à partir de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 25 ans. » ;

3) la deuxième règle d'application suivant la prestation 149656-149660 est remplacée comme suit :

« Le médecin traitant remplit un formulaire de notification standardisé qui est transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire en y mentionnant l'indication. » ;

2° l'article est complété par un paragraphe 7 rédigé comme suit :

« § 7. Dans le cadre de la transition de l'ancien (jusqu'au 31 décembre 2024 inclus) au nouvel algorithme de dépistage (à partir du 1er janvier 2025) : si le dernier test de dépistage du cancer du col de l'utérus remboursé sous l'ancien algorithme (jusqu'au 31 décembre 2024 inclus) a eu lieu au cours de l'année 20XX, les prestations 114030-114041, 149612-149623 et 553615-553626 peuvent être portées en compte une première fois à partir du premier jour calendaire de l'année 20XX+3. ».

1) worden de tweede en derde toepassingsregel na de verstrekking 149612-149623 vervangen als volgt:

"De verstrekking 149612-149623 mag eenmaal om de vijf kalenderjaren worden aangerekend vanaf de eerste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 30 jaar wordt en ten vroegste in het derde kalenderjaar na het laatste terugbetaalde cytologisch onderzoek tot de laatste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 64 jaar wordt.

Op voorwaarde dat in de 10 voorafgaande kalenderjaren geen opsporing naar baarmoederhalskanker meer werd terugbetaald, mag de verstrekking 149612-149623 vanaf de eerste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 65 jaar wordt nog één maal in het verdere leven aangerekend worden.";

2) wordt de tweede toepassingsregel na de verstrekking 149634-149645 vervangen als volgt:

"Indien opvolging uitzonderlijk tweemaal per kalenderjaar medisch noodzakelijk is, maakt de behandelende arts een gestandaardiseerd notificatieformulier op dat overgemaakt wordt aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met de melding van "tijdelijk hoog risico". Deze eenmalige melding blijft van kracht zolang een frequentere opvolging medisch vereist is. De terugbetaling wegens tijdelijk hoog risico is enkel van toepassing vanaf het kalenderjaar waarin de rechthebbende de leeftijd van 25 jaar bereikt.";

3) wordt de tweede toepassingsregel na de verstrekking 149656-149660 vervangen als volgt:

"De behandelende arts maakt een gestandaardiseerd notificatieformulier op dat overgemaakt wordt aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met vermelding van de indicatie.";

2° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 7, luidende:

"§ 7. In het kader van de overgang van het oude (tot en met 31 december 2024) naar het nieuwe screeningsalgoritme (vanaf 1 januari 2025) : indien de laatste terugbetaalde screeningstest voor baarmoederhalskanker onder het oude algoritme (tot en met 31 december 2024) plaats vond in het jaar 20XX, mogen de verstrekkingen 114030-114041, 149612-149623 en 553615-553626 een eerste maal aangerekend worden vanaf de eerste kalenderdag van het jaar 20XX+3.".

Art 2. A l'article 24bis 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 les arrêtés royaux du 12 août 2024, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1er,

a) la troisième et quatrième règle d'application suivant la prestation 553615-553626 sont remplacées comme suit :

« La prestation 553615-553626 peut être portée en compte une seule fois toutes les cinq années civiles à partir du premier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 30 ans, et au plus tôt au cours de la troisième année civile suivant le dernier examen cytologique remboursé jusqu'au dernier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 64 ans.

Si aucun dépistage du cancer du col de l'utérus n'a été remboursé au cours des 10 années civiles précédentes, la prestation 553615-553626 peut être portée en compte encore une fois plus tard dans la vie, à partir du premier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 65 ans. » ;

b) la sixième règle d'application suivant la prestation 553615-553626 est remplacée comme suit :

« Le rapport comprend un avis quant à l'attitude thérapeutique à suivre en tenant compte des directives scientifiques en vigueur publiées par Sciensano. » ;

c) la cinquième règle d'application suivant la prestation 553630-553641 est remplacée comme suit :

« Les résultats du test HPV seront transmis au dispensateur de soins qui a effectué la cytologie primaire. Sur la base des résultats de la cytologie primaire et du test HPV complémentaire, le dispensateur de soins qui a effectué la cytologie primaire émettra une recommandation quant à l'attitude thérapeutique à suivre, en tenant compte des directives scientifiques en vigueur publiées par Sciensano. » ;

d) la troisième et quatrième règle d'application suivant la prestation 553652-553663 sont remplacées comme suit :

« La prestation 553652-553663 peut être portée en compte une seule fois par année civile, aussi longtemps que le suivi est nécessaire sur le plan médical, en respectant strictement les directives

Art. 2. In artikel 24bis 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 de koninklijke besluiten van 12 augustus 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1,:

a) worden de derde en vierde toepassingsregel na de verstrekking 553615-553626 vervangen als volgt:

"De verstrekking 553615-553626 mag eenmaal om de vijf kalenderjaren aangerekend worden vanaf de eerste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 30 jaar wordt en ten vroegste in het derde kalenderjaar na het laatste terugbetaalde cytologisch onderzoek tot de laatste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 64 jaar wordt.

Op voorwaarde dat in de 10 voorafgaande kalenderjaren geen opsporing naar baarmoederhalskanker meer werd terugbetaald, mag de verstrekking 553615-553626 vanaf de eerste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 65 jaar wordt nog één maal in het verdere leven aangerekend worden.";

b) wordt de zesde toepassingsregel na de verstrekking 553615-553626 vervangen als volgt:

"Het verslag bevat een advies betreffende de verder te volgen therapeutische houding rekening houdend met de geldende wetenschappelijke richtlijn gepubliceerd door Sciensano.";

c) wordt de vijfde toepassingsregel na de verstrekking 553630-553641 vervangen als volgt:

"De resultaten van de HPV-test worden overgemaakt aan de zorgverlener die de primaire cytologie heeft uitgevoerd. Op basis van de resultaten van de primaire cytologie en de aanvullende HPV-test zal de zorgverlener die de primaire cytologie heeft uitgevoerd, een aanbeveling verstrekken betreffende de verder te volgen therapeutische houding, rekening houdend met de geldende wetenschappelijke richtlijn gepubliceerd door Sciensano.";

d) worden de derde en vierde toepassingsregel na de verstrekking 553652-553663 vervangen als volgt:

"De verstrekking 553652-553663 mag eenmaal per kalenderjaar worden aangerekend zolang de opvolging medisch noodzakelijk is, waarbij men de op dat ogenblik geldende wetenschappelijke richtlijn

scientifiques de suivi en vigueur en ce moment, validées et publiées par Sciensano.

Si, à titre exceptionnel, un suivi deux fois par année civile est nécessaire sur le plan médical, le médecin traitant remplit un formulaire de notification standardisé qui est transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, avec la mention « haut risque temporaire ». Cette notification unique reste d'application aussi longtemps qu'un suivi plus fréquent est requis du point de vue médical. Le remboursement pour haut risque temporaire n'est applicable qu'à partir de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 25 ans. » ;

e) la deuxième règle d'application suivant la prestation 553674-553685 est remplacée comme suit :

« Le médecin traitant remplit un formulaire de notification standardisé qui est transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire en y mentionnant l'indication. » ;

2° l'article est complété par les paragraphes 6 et 7, rédigés comme suit :

« § 6. Dans le cadre de la transition de l'ancien (jusqu'au 31 décembre 2024 inclus) au nouvel algorithme de dépistage (à partir du 1er janvier 2025) : si le dernier test de dépistage du cancer du col de l'utérus remboursé sous l'ancien algorithme (jusqu'au 31 décembre 2024 inclus) a eu lieu au cours de l'année 20XX, les prestations 114030-114041, 149612-149623 et 553615-553626 peuvent être portées en compte une première fois à partir du premier jour calendaire de l'année 20XX+3.

§ 7. Lorsque la qualité du matériel prélevé ne permet pas de réaliser un test HPV fiable, les prestations 553615-553626, 553630-553641, 553652-553663 et 553674-553685 ne peuvent pas être portées en compte une seconde fois, ni à l'assurance obligatoire soins de santé, ni au bénéficiaire. ».

Art. 3. A l'article 32, § 1er, b., 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 les arrêtés royaux du 7 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées :

1) la quatrième règle d'application suivant la prestation 589853-589864 est remplacée comme suit :

rond de opvolging, gevalideerd en gepubliceerd door Sciensano, strikt naleeft.

Indien opvolging uitzonderlijk tweemaal per kalenderjaar medisch noodzakelijk is, maakt de behandelende arts een gestandaardiseerd notificatieformulier op dat wordt overgemaakt aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met de melding van "tijdelijk hoog risico". Deze eenmalige melding blijft van kracht zolang een frequentere opvolging medisch vereist is. De terugbetaling wegens tijdelijk hoog risico is enkel van toepassing vanaf het kalenderjaar waarin de rechthebbende de leeftijd van 25 jaar bereikt.";

e) wordt de tweede toepassingsregel na de verstrekking 553674-553685 vervangen als volgt:

"De behandelende arts maakt een gestandaardiseerd notificatieformulier op dat wordt overgemaakt aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met vermelding van de indicatie.";

2° het artikel wordt aangevuld met de paragrafen 6 en 7, luidende:

"§ 6. In het kader van de overgang van het oude (tot en met 31 december 2024) naar het nieuwe screeningsalgoritme (vanaf 1 januari 2025) : indien de laatste terugbetaalde screeningstest voor baarmoederhalskanker onder het oude algoritme (tot en met 31 december 2024) plaats vond in het jaar 20XX, mogen de verstrekkingen 114030-114041, 149612-149623 en 553615-553626 een eerste maal aangerekend worden vanaf de eerste kalenderdag van het jaar 20XX+3.

§ 7. Wanneer de kwaliteit van het afgenomen materiaal geen betrouwbare HPV-test toelaat, mogen de verstrekkingen 553615-553626, 553630-553641, 553652-553663 en 553674-553685 geen tweede keer aangerekend worden, noch aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, noch aan de rechthebbende.".

Art. 3. In artikel 32, § 1, b., 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 de koninklijke besluiten van 7 mei 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1) de vierde toepassingsregel na de verstrekking 589853-589864 wordt vervangen als volgt:

« Si aucun dépistage du cancer du col de l'utérus n'a été remboursé au cours des 10 années civiles précédentes, la prestation 589853-589864 peut être portée en compte encore une fois plus tard dans la vie, à partir du premier jour de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 65 ans.

Le rapport comprend un avis quant à l'attitude thérapeutique à suivre en tenant compte des directives scientifiques en vigueur publiées par Sciensano. » ;

2) dans le texte en français, dans la quatrième règle d'application suivant la prestation 591791-591802, les mots « sur prescription du médecin spécialiste » sont remplacés par les mots « sur prescription du spécialiste » ;

3) la cinquième règle d'application suivant la prestation 591791-591802 est remplacée comme suit :

« Le résultat de l'examen cytologique sera transmis au dispensateur de soins qui a effectué le test HPV primaire. Sur la base des résultats du test HPV primaire et de l'examen cytologique complémentaire, le dispensateur de soins qui a effectué le test HPV primaire émettra une recommandation quant à l'attitude thérapeutique à suivre, en tenant compte des directives scientifiques en vigueur publiées par Sciensano. » ;

4) la troisième et quatrième règle d'application suivant la prestation 591813-591824 sont remplacées comme suit :

« La prestation 591813-591824 peut être portée en compte une seule fois par année civile, aussi longtemps que le suivi est nécessaire sur le plan médical, en respectant strictement les directives scientifiques de suivi en vigueur en ce moment, validées et publiées par Sciensano.

Si, à titre exceptionnel, un suivi deux fois par année civile est nécessaire sur le plan médical, le médecin traitant remplit un formulaire de notification standardisé qui est transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, avec la mention « haut risque temporaire ». Cette notification unique reste d'application aussi longtemps qu'un suivi plus fréquent est requis du point de vue médical. Le remboursement pour haut risque temporaire n'est applicable qu'à partir de l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 25 ans. » ;

5) la deuxième règle d'application suivant la prestation 591835-591846 est remplacée comme suit :

"Op voorwaarde dat in de 10 voorafgaande kalenderjaren geen opsporing naar baarmoederhalskanker meer werd terugbetaald, mag de verstrekking 589853-589864 vanaf de eerste dag van het kalenderjaar waarin de rechthebbende 65 jaar wordt nog één maal in het verdere leven aangerekend worden.

Het verslag bevat een advies betreffende de verder te volgen therapeutische houding, rekening houdend met de geldende wetenschappelijke richtlijn gepubliceerd door Sciensano.";

2) in de Franse tekst worden in de vierde toepassingsregel na de verstrekking 591791-591802 de woorden "sur prescription du médecin spécialiste" vervangen door de woorden "sur prescription du spécialiste";

3) de vijfde toepassingsregel na de verstrekking 591791-591802 wordt vervangen als volgt:

"De resultaten van het cytologisch onderzoek worden overgemaakt aan de zorgverlener die de primaire HPV-test heeft uitgevoerd. Op basis van de resultaten van de primaire HPV-test en het aanvullend cytologisch onderzoek zal de zorgverlener die de primaire HPV-test heeft uitgevoerd een aanbeveling verstrekken betreffende de verder te volgen therapeutische houding, rekening houdend met de geldende wetenschappelijke richtlijn gepubliceerd door Sciensano.";

4) de derde en vierde toepassingsregel na de verstrekking 591813-591824 worden vervangen als volgt:

"De verstrekking 591813-591824 mag eenmaal per kalenderjaar worden aangerekend zolang de opvolging medisch noodzakelijk is, waarbij men de op dat ogenblik geldende wetenschappelijke richtlijn rond de opvolging, gevalideerd en gepubliceerd door Sciensano, strikt naleeft.

Indien opvolging uitzonderlijk tweemaal per kalenderjaar medisch noodzakelijk is, maakt de behandelende arts een gestandaardiseerd notificatieformulier op dat overgemaakt wordt aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met de melding van "tijdelijk hoog risico". Deze eenmalige melding blijft van kracht zolang een frequentere opvolging medisch vereist is. De terugbetaling wegens tijdelijk hoog risico is enkel van toepassing vanaf het kalenderjaar waarin de rechthebbende de leeftijd van 25 jaar bereikt.";

5) de tweede toepassingsregel na de verstrekking 591835-591846 wordt vervangen als volgt:

« Le médecin traitant remplit un formulaire de notification standardisé qui est transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire en y mentionnant l'indication. ».

"De behandelende arts maakt een gestandaardiseerd notificatieformulier op dat wordt overgemaakt aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met vermelding van de indicatie.".

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*, à l'exception de l'article 1, 2°, et l'article 2, 2°, alinéa 1er, qui produisent leurs effets le 1er janvier 2025.

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*, met uitzondering van artikel 1, 2°, en artikel 2, 2°, eerste lid, die uitwerking hebben met ingang van 1 januari 2025.

Art. 5. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Art. 5. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Donné à

Gegeven te

PAR LE ROI :
Le Ministre des Affaires sociales,

VAN KONINGSWEGE:
De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE