

Sur la proposition du Ministre des Finances et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 178, § 3, de l'arrêté royal d'exécution du Code des impôts sur les revenus 1992, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 21 février 2014, est complété par un 10^o rédigé comme suit :

10^o sont eux-mêmes, ou leur conjoint ou cohabitant légal ainsi que les enfants sur lesquels ils exercent l'autorité parentale, soit fondateur d'une construction juridique, au sens de l'article 2, § 1^{er}, 14^o, du Code des impôts sur les revenus, soit tiers bénéficiaire au sens de l'article 2, § 1^{er}, 14^o/1, du même Code;

Art. 2. L'article 178, § 3, de l'arrêté royal d'exécution du Code des impôts sur les revenus 1992, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 21 février 2014, est complété par un 11^o rédigé comme suit :

11^o ont octroyé des prêts visés à l'article 21, alinéa 1^{er}, 13^o, du même Code dont la durée n'est pas encore expirée.

Art. 3. L'article 1^{er} entre en vigueur à partir de l'exercice d'imposition 2017.

L'article 2 entre en vigueur à partir de l'exercice d'imposition 2018.

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

Donné à Bruxelles, le 10 juillet 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Finances,
J. VAN OVERTVELDT

Op de voordracht van de Minister van Financiën en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 178, § 3, KB/WIB92, laatst gewijzigd bij koninklijk besluit van 21 februari 2014, wordt aangevuld met een bepaling opgenomen onder 10^o luidende :

10^o zelf of hun echtgenoot of wettelijk samenwonende evenals de kinderen waarover ze het ouderlijk gezag uitoefenen, hetzij een oprichter zijn van een juridische constructie zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 14^o, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, hetzij een derde begunstigde zijn zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 14^o/1, van hetzelfde Wetboek;

Art. 2. Artikel 178, § 3, KB/WIB92, laatst gewijzigd bij koninklijk besluit van 21 februari 2014, wordt aangevuld met een bepaling opgenomen onder 11^o luidende :

11^o in artikel 21, eerste lid, 13^o, van hetzelfde Wetboek bedoelde leningen hebben toegekend, waarvan de looptijd nog niet is verstreken.

Art. 3. Artikel 1 treedt in werking vanaf aanslagjaar 2017.

Artikel 2 treedt in werking vanaf aanslagjaar 2018.

Art. 4. De minister bevoegd voor Financiën is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 juli 2017.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Financiën,
J. VAN OVERTVELDT

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2017/40395]

4 JUILLET 2017. — Arrêté ministériel fixant le modèle de formulaire de demande d'agrément d'un laboratoire de biologie clinique

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Vu l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, notamment l'article 41,

Arrête :

Article unique. Les demandes d'agrément ou de renouvellement d'agrément des laboratoires de biologie clinique doivent être introduites au moyen d'un formulaire dont le modèle est repris en annexe du présent arrêté.

Ce modèle remplace le modèle annexé à l'arrêté ministériel du 2 février 2002 fixant le modèle de la formule de demande d'agrément d'un laboratoire de biologie clinique.

Bruxelles, le 4 juillet 2017.

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2017/40395]

4 JULI 2017. — Ministerieel besluit ter vastlegging van het model van aanvraagformulier voor erkenning van een laboratorium van klinische biologie

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Gelet op het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria van klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, inzonderheid op artikel 41,

Besluit :

Enig artikel. De aanvragen voor erkenning of vernieuwing van erkenning van de laboratoria van klinische biologie moeten geschieden aan de hand van een formulier waarvan het model is opgenomen in de bijlage van dit besluit.

Dit model vervangt het model als bijlage gevoegd bij het ministerieel besluit van 2 februari 2002 ter vaststelling van het model van aanvraagformulier voor erkenning van een laboratorium van klinische biologie.

Brussel, 4 juli 2017.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

**DEMANDE D'AGREMENT,
DE RENOUVELLEMENT OU D'EXTENSION D'AGREMENT
D'UN LABORATOIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE**

A envoyer, dûment complété et signé au :

Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique
INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE
Service Qualité des Laboratoires médicaux
Rue Juliette Wytzman 14
1050 BRUXELLES
tél. : 02/642.55.21 - fax : 02/642.56.45

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

a) **Identité du laboratoire central (LC)** : **n° d'agrément actuel** :

Dénomination

Situation: Rue et n°

Code postal Localité

N° de tél. / ou /

N° de fax /

Email :

b) **Centres d'activité (CA)**: **CA1 - n° d'identification** :

Dénomination

Situation : Rue et n°

Code postal Localité

N° de tél. /

N° de fax /

Email :

CA2 - n° d'identification :

Dénomination

Situation : Rue et n°

Code postal Localité

N° de tél. /

N° de fax /

Email :

CA3 - n° d'identification :

Dénomination

Situation : Rue et n°

Code postal Localité

N° de tél. /

N° de fax /

Email :

CA4 - n° d'identification :

Dénomination

Situation : Rue et n°

Code postal Localité

N° de tél. /

N° de fax /

Email :

CA5 - n° d'identification :

Dénomination

Situation : Rue et n°

Code postal Localité

N° de tél. /

N° de fax /

Email :

c) Personnalité juridique de l'exploitant

Dénomination

Situation : Rue et n°

Code postal Localité

A joindre pour les laboratoires privés :

- les copies non encore enregistrées par notre service, des contrats*, des statuts et une liste des associés gérants et administrateurs,
- la liste des contrats avec leur numéro d'enregistrement qui restent d'application.

* les nouveaux contrats qui doivent être enregistrés par notre service : par exemple :

- E : Statuts
- L : Contrat de location du laboratoire
- C : Contrat de location de centre de prélèvement
- P : Contrat avec les préleveurs
- I : Convention individuelle

2. CADRE DE L'ACTIVITE**a) Localisation**

- Laboratoire qui assume la fonction laboratoire pour un ou plusieurs hôpital(aux)

N° d'agrément de l'hôpital

Nom de l'hôpital

..... / /

.....

..... / /

.....

..... / /

.....

- Laboratoire installé dans une polyclinique
 Laboratoire privé

b) Prestations ou groupes de prestations de biologie clinique, repris à la nomenclature, exécuté(e)s dans le laboratoire

Le laboratoire demande un agrément pour les groupes suivants (veuillez remplir les prestation par centre d'activité (CA) svp):

Prestations	LC	CA1	CA2	CA3	CA4	CA5
1 Chimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Chimie - Hormonologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Chimie - Toxicologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Chimie - Monitoring thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Microbiologie et microscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5* Microscopie uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sérologie infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hématologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Coagulation et hémostase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Immuno-hématologie & Sérologie non infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Médecine nucléaire in vitro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ** Tests de biologie moléculaire (art. 33 bis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ** Tests de biologie moléculaire (art. 24 bis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ** Tests de biologie moléculaire (art. 32 HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P CA effectuant UNIQUEMENT POCT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Veuillez ajouter en annexe les prestations spécifiques pour lesquelles votre laboratoire est accrédité. La liste des prestations spécifiques peut être retrouvée sur le site web de l'autorité compétente.

Pour les connexistes : Veuillez nous donner la liste des prestations qui sont réalisées au sein de votre cabinet :

c) Permanence

Présence d'un service de garde dans le laboratoire central ?

OUI NON

si oui :

laborantin(e) sur place
 la nuit
 le samedi
 le dimanche et jours
fériés

biologiste sur place
 la nuit
 le samedi
 le dimanche et jours
fériés

laborantin(e) disponible
 la nuit
 le samedi
 le dimanche et jours
fériés

biologiste disponible
 la nuit
 le samedi
 le dimanche et jours
fériés

3. a) IDENTITE DU DIRECTEUR DU LABORATOIRE

NOM ET PRENOM:

N° REGISTRE NATIONAL :

ADRESSE PRIVEE :

.....

N° TEL professionnel :

N° TEL privé :

E-mail professionnel:

E-mail privé :

N° d'identification INAMI : / / /

- Médecin spécialiste en biologie clinique (*1)
- Pharmacien spécialiste en biologie clinique (*1)
- Licencié en sciences chimiques habilités (*1)
- *1 reconnaissance complète + RIA
- *1 reconnaissance complète sans RIA
- *1 reconnaissance partielle
- Médecin spécialiste dans une autre discipline que la biologie clinique, reconnu pour les RIA
spécialité :
- Médecin spécialiste agréé dans une autre discipline que la biologie clinique
spécialité :
- Médecin généraliste

Domaine :

1. Chimie/Hormonologie
2. Coagulation /Immuno-hémato/Hématologie
3. Examens microbiologiques et Microscopiques/Sérologie
4. R.I.A.

Importance de l'activité

- pourcentage total :% (minimum 50 %) sur l'ensemble de tous les centres d'activités (CA), dont :

-..... % dans le LC	-..... % dans CA3
-..... % dans CA1	-..... % dans CA4
-..... % dans CA2	-..... % dans CA5

- nombre de jours de présence pour l'ensemble des CA : jours/semaine

Date d'entrée en service comme directeur : / /

Fait à le / /

Signature:

b) IDENTITE DU PRESTATAIRE

Remplir une fiche individuelle par prestataire (toute personne ayant un N° d'identification INAMI)

NOM ET PRENOM:

N° REGISTRE NATIONAL

ADRESSE PRIVEE :

.....

N° TEL professionnel :

N° TEL privé :

E-mail professionnel:

E-mail privé :

N° d'identification INAMI : / / /

- Médecin spécialiste en biologie clinique (*1)
- Pharmacien spécialiste en biologie clinique (*1)
- Licencié en sciences chimiques habilités (*1)
 - *1 reconnaissance complète + RIA
 - *1 reconnaissance complète sans RIA
 - *1 reconnaissance partielle
- Médecin spécialiste dans une autre discipline que la biologie clinique, reconnu pour les RIA
spécialité :
- Médecin spécialiste agréé dans une autre discipline que la biologie clinique
spécialité :
- Médecin généraliste

Domaine(s) :

- 1. Chimie/Hormonologie
- 2. Coagulation /Immuno-hémato/Hématologie
- 3. Examens microbiologiques et Microscopiques/Sérologie
- 4. R.I.A.

Importance de l'activité

- pourcentage total :% dans tous les centres d'activités (CA), dont :

-..... % dans le LC

-..... % dans CA3

-..... % dans CA1

-..... % dans CA4

-..... % dans CA2

-..... % dans CA5

- nombre de jours de présence pour l'ensemble des CA : jours/semaine

Date d'entrée en service / /

Fait à le / /

Signature du prestataire

Signature du directeur du laboratoire

4. PERSONNEL

Veillez mentionner les nombres ci-dessous en équivalents temps pleins (ETP)

- Nombre total ETP chargé de l'**exécution des analyses**:

	LC	CA1	CA2	CA3	CA4	CA5
TLM						
Bachelor - NON TLM						
BES (A2)						
Master – NON Spécialiste en biologie clinique						
Autres:.....						

- Nombre total ETP chargé du **prélèvement des échantillons**:

	CL	AC1	AC2	AC3	AC4	AC5
Infirmier(s) (-ère(s))						
TLM						
Bachelor – NON TLM						
BES (A2)						
Autres:.....						

- Nombre total ETP chargé du **secrétariat**:

	CL	AC1	AC2	AC3	AC4	AC5
Infirmier(s) (-ère(s))						
TLM						
Bachelor – NON TLM						
BES (A2)						
Autres:.....						

5. RELATIONS DE L'EXPLOITANT

- lorsque l'exploitant n'est pas le propriétaire des locaux dans lesquels est établi le laboratoire ou un centre de prélèvements ; veuillez joindre le contrat de bail ou indiquer le numéro d'enregistrement attribué par notre service.
- lorsque l'exploitant n'est pas le propriétaire des équipements ; veuillez joindre la ou les convention(s) ou indiquer le numéro d'enregistrement attribué par notre service relative(s) au droit de leur utilisation.
- lorsque l'exploitant bénéficie des prestations de service d'un tiers ; veuillez joindre les conventions ou indiquer le numéro d'enregistrement attribué par notre service.

6. PRELEVEMENTS D'ECHANTILLONS

- **Nombre** de centre de prélèvements :
- **Joindre une liste nominative** avec les adresses.

Le(s) soussigné(s)

s'engage(ent) à respecter l'art. 40 de l'A.R. du 3 décembre 1999, notamment :

- 1° S'engager à se soumettre au contrôle des fonctionnaires désignés par Nous, leur permettre l'accès aux locaux du laboratoire et leur fournir toutes les informations utiles attestant du respect des conditions fixées par le présent arrêté ;
- 2° S'engager à communiquer au Ministre, tous renseignements relatifs aux éléments d'ordre technique, administratif et comptable, dans les trente jours de la demande qui leur aura été faite par les fonctionnaires désignés par Nous ;
- 3° Participer au programme national d'évaluation externe visé à l'article 29§1er pour les paramètres proposés qui sont exécutés en routine ;
- 4° Veiller à faire exécuter la biologie clinique conformément à l'éthique médicale ;
- 5° Répondre aux dispositions de l'arrêté royal n° 143 du 20 décembre 1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance maladie pour les prestations de biologie clinique.

Certifié sincère et véritable,

Certifié sincère et véritable,

Fait à

Fait à

Le

Le

Le directeur du laboratoire
(NOM et SIGNATURE)

L'(es) exploitant(s) du laboratoire
(NOM et SIGNATURE)

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 4 juillet 2017.

M. DE BLOCK