

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22526]

17 MAART 2014. — Verordening houdende uitvoering van de artikelen 9bis en 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 9bis;

Gelet op de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform, inzonderheid op artikel 36/1;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 17 maart 2014,

Besluit :

Artikel 1. De elektronische documenten opgesteld in overeenstemming met het protocol goedgekeurd op 24 februari 2014 door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, bedoeld in artikel 29 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de toepassingsvoorwaarden voor uitwisselingen van elektronische gegevens tussen artsen en verzekeringsinstellingen via het MyCareNet-netwerk, kunnen hun papieren equivalent vervangen.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 april 2014.

Brussel, 17 maart 2014.

De Leidend Ambtenaar,

H. De Ridder

De Voorzitter,

G. Perl

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22526]

17 MARS 2014. — Règlement portant exécution des articles 9bis et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 22, 11°;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 9bis;

Vu la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth, l'article 36/1;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 17 mars 2014,

Arrête :

Article 1^{er}. Peuvent remplacer leurs équivalents sous forme papier, les documents électroniques établis conformément au protocole approuvé le 24 février 2014 par la Commission nationale médico-mutualiste visée à l'article 29 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, fixant les modalités d'application pour des échanges de données électroniques entre les médecins et organismes assureurs via le réseau MyCareNet.

Art. 2. Ce règlement entre en vigueur le 1^{er} avril 2014.

Bruxelles, le 17 mars 2014.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder

Le Président,

G. Perl

Bijlage bij verordening van 17 maart 2014 houdende uitvoering van de artikelen 9bis en 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Dit protocol werd op 24 februari 2014 goedgekeurd door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen bedoeld in artikel 29 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en betreft de toepassingsvoorwaarden voor uitwisselingen van elektronische gegevens tussen geneesheren en verzekeringsinstellingen via het MyCareNet-netwerk.

Artikel 1. Dit protocol betreft de uitwisselingen van de volgende elektronische gegevens :

- Akkoorden adviserend geneesheren- Geneesmiddelen Hoofdstuk IV : Bijlage 2
- Dienst Verzekeerbaarheid : Bijlage 3
- Beheer van het DMG : Bijlage 4
- Raadpleging van de tarieven : Bijlage 5
- Dienst Facturatie : Bijlage 6

De overdracht van die gegevens tussen zorgverleners of binnen verzekeringsinstellingen vallen met onder de toepassing van dit protocol.

Art. 2. De gegevensuitwisseling moet verlopen overeenkomstig artikel 36/1 van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform.

Art. 3. De door de zorgverleners en verzekeringsinstellingen gebruikte informaticasystemen moeten ervoor instaan dat de uitgewisselde gegevens systematisch en volledig bewaard worden. Bovendien moeten gegevens betreffende de identiteit van de verantwoordelijke voor het versturen evenals van diegene die ze uitgevoerd heeft, een volledige tijdsinformatie en de rapporten van de eventuele storingen die zijn vastgesteld tijdens de verwerking bewaard worden.

Art 4. De praktische en bindende arbeidsvoorwaarden die tussen de partijen worden vermeld in de overeenkomst My Carenet in Bijlage 1.

Art. 5. De controlelijst om de verschillende vereisten te documenteren waaraan de informaticasystemen van de zorgverlener (of zijn mandataris) moeten voldoen moet worden ingevuld en moet beschikbaar zijn in geval van een audit betreffende de archiveringsprocedure bij de zorgverlener of verzekeringsinstelling.

Art. 6. Teneinde een softwarepakket toe te staan om MyCareNet te gebruiken, moeten er een aantal administratieve stappen worden genomen, en moet er een aantal tests met het MyCareNet-platform en met de verzekeringsinstellingen worden uitgevoerd. De volledige procedure voor de aansluiting van een softwareleverancier wordt beschreven in het document "MyCareNet vademecum" dat bij het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) beschikbaar is.

Art. 7. Het toezicht op het respecteren van de bepalingen van dit protocol gebeurt door respectievelijk de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle en door de Dienst voor Administratieve Controle, elk op vlak van hun bevoegdheden. Onverminderd hun eigen specifieke bevoegdheden zullen de controlediensten eventuele onregelmatigheden of tekortkomingen melden aan de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

BIJLAGE 1

OVEREENKOMST MYCARENET TUSSEN DE GENEESHEREN EN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

Deze overeenkomst heeft tot doel om, conform aan en ter aanvulling van de reglementering, de praktische en dwingende werkingsregels vast te leggen voor de elektronische uitwisseling van gegevens tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen via het netwerk MyCareNet.

Inleiding :

De bestuursovereenkomst van het eHealth platform, die de bijzondere regels en voorwaarden vastlegt waaronder het eHealth-platform de opdrachten vervult die haar zijn toevertrouwd door de wet, inzonderheid door de eHealth-platformwet, is beschikbaar op eHealth : <https://www.ehealth.fgov.be/nl/over-het-ehealth-platform/organisatie/beheerscomite>

1. Definities

- **Netwerk** : het netwerk MyCareNet

- **Dienst** : type van geïdentificeerde gegevensoverdrachten in bijlagen van huidig document (Voorbeeld : Akkoorden adviserend geneesheren – geneesmiddelen hoofdstuk IV : aanvraag akkoord, raadpleging akkoord).

2. Rechten en verplichtingen van de partijen

2.1. Rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen

* Juistheid van de gegevens

De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe de correcte gegevens over al hun leden te actualiseren en op het netwerk ter beschikking te stellen, in relatie tot de beschreven diensten in bijlage.

* Beschikbaarheid van de diensten van het platform MyCareNet :

o Een beschikbaarheid van 99 % op maandbasis met uitzondering van de onderhoudsvensters die op de meest geschikte momenten worden gepland.

o Een permanente monitoring.

* Beschikbaarheid van de diensten :

o Op technisch vlak (beschikbaarheid van het netwerk MyCareNet) :

• De geneesheren mogen hun aanvragen elke dag 24 uur op 24 indienen met uitzondering van de geplande onderhoudsvensters.

o Op het vlak van de Helpdesk van MyCareNet :

• De helpdesk zal uitsluitend op werkdagen beschikbaar zijn tijdens de kantooruren van 8u30 uur tot 17u30 uur. In een apart document zal worden vermeld tot wie de zorgverlener zich kan wenden en met welk soort vraag.

o Op het vlak van de Helpdesks van de verzekeringsinstellingen :

• De helpdesk zal uitsluitend op werkdagen beschikbaar zijn tijdens de kantooruren van 9 uur tot 12 uur en van 13.30 uur tot 16 uur. In een apart document zal worden vermeld tot wie de zorgverlener zich kan wenden en met welk soort vraag.

o De coördinatie tussen de diensten Helpdesk van MyCareNet en van de verzekeringsinstellingen wordt verzekerd.

2.2. Rechten en verplichtingen van de zorgverleners

o De zorgverlener verbindt zich ertoe tijdig zijn juiste gegevens aan de verantwoordelijken van de authentieke bronnen te bezorgen.

o De zorgverlener verklaart zich akkoord met de eventuele toekomstige aanpassingen van die overeenkomst, op voorwaarde dat deze door de Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen zijn goedgekeurd. De meest recente versie van die overeenkomst kan steeds worden verkregen bij het Nationaal Intermutualistisch College (hierna het NIC genoemd) en op de website van het RIZIV.

o Een zorgverlener krijgt toegang tot het netwerk op voorwaarde dat het e-Healthplatform de identificatiegegevens van de zorgverlener erkent en authenticceert.

o Het gebruik van dat netwerk wordt beperkt tot de in bijlage beschreven diensten en veronderstelt dat de voorwaarden voor die dienst, zoals bepaald in de overeenkomstige bijlage, van rechtswege worden aanvaard.

o De eerste helpdesk van de zorgverlener is altijd de leverancier van de software waarmee de zorgverlener MyCareNet raadpleegt (dus in geval van een probleem met MyCareNet zal de zorgverlener eerst zijn softwareleverancier moeten contacteren).

3. Misbruiken of inbreuken

o In geval van misbruiken of inbreuken op deze overeenkomst :

- Zodra een verzekeringsinstelling misbruiken of inbreuken op deze overeenkomst vaststelt, moet hij de zorgverlener per aangetekend schrijven een waarschuwing hierover zenden.

- Het NIC zal elk geval van misbruik of inbreuk melden aan het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid, dat waakt over de bescherming van de privacy van de sociaal verzekerden in de betrokken dienst.

- Zodra een zorgverlener die het systeem gebruikt één of meerdere misbruiken of inbreuken op deze overeenkomst vaststelt, zal hij het NIC hierover per aangetekend schrijven een waarschuwing zenden

- In geval van herhaling van de feiten binnen 365 dagen vanaf de eerste inbreuk, zullen de Nationale Commissie Geneesheren – Ziekenfondsen en de diensten voor administratieve en geneeskundige controle van het RIZIV hiervan op de hoogte worden gebracht en zullen ze, op basis van hun respectieve bevoegdheden en verantwoordelijkheden, de nodige acties ondernemen tegen de partij die de inbreuk begaat.

o Wanneer het gebruik van het netwerk door de zorgverlener de beschikbaarheid of de veiligheid van het informaticasysteem in gevaar brengt, kan hem, nadat hij hiervan op de hoogte is gebracht, tijdelijk de toegang worden geweigerd tot het probleem is opgelost (het betreft hier 'technische problemen').

4. Volmachten

Een zorgverlener heeft het recht een volmacht te geven aan een volmachthouder voor "administratieve" diensten.

Een volmacht moet schriftelijk bevestigd worden volgens het model op het platform e-Health.

(https://www.ehealth.fgov.be/nl/page_menu_a_m/website/home/portal/access/mandates.html)

De volmachtgever dient deze volmacht ter kennis te brengen bij het Nationaal Intermutualistisch College. De periode waarvoor de volmacht werd verleend moet uitdrukkelijk vermeld zijn in deze volmacht. De volmacht moet minstens vijf werkdagen voor de datum van ingang van de volmacht afgeleverd worden aan het NIC.

De volmachtgever blijft aansprakelijk voor de inhoud van de berichten en meer specifiek voor de inhoud van de facturatie en de effectiviteit van de geleverde prestaties. Zorgverleners wiens verstrekkingen geattesteerd worden via een groepsnummer (zoals bedoeld op de website van het RIZIV www.riziv.fgov.be) moeten geen volmacht MyCareNet geven.

Teneinde geldig te zijn, moeten de volmachten aan de volgende limitatief opgesomde voorwaarden voldoen :

o De volmacht moet uitdrukkelijk vermelden wat het voorwerp is van de volmacht. Een volmacht geldt enkel voor maximaal 1 dienst (verzekerbare, GMD, tarifiering, facturatie).

o Een volmacht zal niet slaan op de betalingswijze. Hiervoor moet er een specifiek akkoord tussen de zorgverlener en de verzekeringsinstelling worden afgesloten.

o De datum van de ondertekening moet uitdrukkelijk vermeld worden zodat de betrokkenverzekeringsinstelling kan nagaan wanneer deze volmacht uitwerking zal hebben.

o Er mogen geen overlappende periodes bestaan tussen twee volmachten voor een zelfde dienst. In dat geval zal een nieuwe volmacht automatisch de bestaande volmacht afsluiten.

o Bij het overlijden, het faillissement of de vereffening van de volmachtgever of de volmachthouder wordt elke volmacht onmiddellijk beëindigd. Een nieuwe volmacht kan eventueel afgesloten worden door of met de vereffenaar of de curator.

5. Evaluatie

De naleving van de rechten en verplichtingen door de partijen die deze overeenkomst ondertekenen, zal permanent worden geëvalueerd.

BIJLAGE 2

Luik 'Akkoorden adviserend geneesheren – Geneesmiddelen Hoofdstuk IV'

Doelstelling

Deze bijlage heeft tot doel de praktische en dwingende werkingsregels vast te leggen voor de uitwisseling van elektronische gegevens voor het luik "Akkoorden adviserend geneesheren – Geneesmiddelen Hoofdstuk IV".

Definities

Luik 'Akkoorden adviserend geneesheren – Geneesmiddelen Hoofdstuk IV' :

Het betreft het elektronisch verzenden van de akkoordaanvragen van de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling voor de geneesmiddelen van hoofdstuk IV die aan de patiënt moeten worden afgeleverd en de elektronische antwoorden van de verzekeringsinstelling aan de zorgverlener, alsook van de lopende akkoordraadplegingen van de patiënt. De bepalingen van het Koninklijk Besluit van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, gelden als wettelijke basis voor deze elektronische uitwisselingen. Het luik 'Akkoorden adviserend geneesheren – geneesmiddelen hoofdstuk IV' bestaat uit 2 diensten : het aanvragen van een akkoord hoofdstuk IV en het raadplegen van een akkoord hoofdstuk IV.

Rechten en verplichtingen van de partijen

• Rechten en verplichtingen van de verzekeringsinstellingen

o De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe altijd de meest recente beschikbare informatie te verstrekken.

o Een antwoord op een aanvraag akkoord zal onmiddellijk, enkele seconden na de aanvraag, worden gegeven. Dit antwoord kan een verwerping van de aanvraag zijn (als ze niet kan worden behandeld wegens formaat fouten, en dergelijke, ...), een uitstel van de beslissing van de adviserend geneesheer (dit houdt in dat de V.I. de boodschap goed heeft ontvangen en geregistreerd en dat de adviserend geneesheer een beslissing zal nemen zodra hij kan), een aanvaarding (de aanvraag wordt aanvaard door de adviserend geneesheer) of een weigering (de aanvraag wordt geweigerd door de adviserend geneesheer).

o Een antwoord op een raadpleging van een akkoord zal onmiddellijk, enkele seconden na de aanvraag, worden gegeven. De aanvraag kan worden verworpen (als ze niet kan worden behandeld wegens formaat fouten, en dergelijke, ...), of er wordt een antwoord gegeven op de vraag (in voorkomend geval worden de akkoorden van de patiënt die overeenkomen met de raadplegingscriteria vermeld).

• Rechten en verplichtingen van de zorgverleners :

o De zorgverlener verbindt zich ertoe enkel gegevens op te vragen en te gebruiken voor patiënten met wie hij een therapeutische relatie heeft.

o De zorgverlener zal de gegevens strikt confidentieel behandelen.

o De zorgverlener verbindt zich ertoe alle documenten beschreven in hoofdstuk IV (protocol, resultaten van medische onderzoeken, ...) te bewaren in het dossier van de patiënt, terwijl de zorgverlener, dankzij het gebruik van MyCareNet, conform aan de reglementering, de documenten niet meer aan de verzekeringsinstelling moet bezorgen. Deze documenten moeten ter beschikking van de adviserend geneesheer blijven tijdens een bezoek of op eenvoudig verzoek.

BIJLAGE 3

Dienst Verzekerbaarheid

Doelstelling

Deze bijlage heeft tot doel de praktische en dwingende werkingsregels vast te leggen van elektronische gegevens in de dienst « verzekeraar ».

Definities

Verzekeraar : de bevestiging van gegevens voor het verifiëren van het recht op terugbetaling door de ziekten- en invaliditeitsverzekering, evenals de gegevens over het toe te passen terugbetalingstarief, statuut en de periode voor de welke deze gegevens gelden. Deze raadpleging gebeurt online voor één patiënt of met uitgestelde verwerking voor een lot van één of meerdere patiënten.

Rechten en plichten van de partijen**• Rechten en plichten van de verzekeringsinstellingen :**

o De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe steeds de meest actueel beschikbare informatie te verstrekken.
o De antwoorden op het vlak van de dienst verzekeraar worden onmiddellijk, enkele seconden na de vraag, gegeven.

o De verzekeringsinstellingen zijn gehouden de gegevens ter beschikking te stellen van de geneesheren die zij nodig hebben om de prestaties correct te kunnen facturieren

• Rechten en plichten van de zorgverleners :

o De zorgverlener verbindt er zich toe enkel gegevens op te vragen en te verwerken voor de patiënten die hij effectief behandelt en dit met als enige finaliteit de facturatie van geneeskundige behandelingen.

o De zorgverlener verbindt er zich toe om voor minimaal 99 % van de patiënten waarvoor hij/zij de gegevens in verband met de verzekeraar heeft opgevraagd, effectief over te gaan tot een facturatie.

o De zorgverlener zal de ontvangen gegevens strikt vertrouwelijk behandelen en niet overdragen aan andere zorgverleners of aan derden.

o De basisregel is de volgende : de zorgverlener kan voor eenzelfde behandeling van een patiënt de gegevens in verband met de verzekeraar slechts eenmaal informatief opvragen bij het begin van de behandeling.

BIJLAGE 4

Luik "Beheer van het GMD"

Doelstelling

Deze bijlage heeft tot doel de praktische en dwingende werkingsregels vast te leggen voor de elektronische gegevensuitwisseling van het luik "Beheer van het GMD"

Definities

Het luik "Beheer van het GMD" bevat 3 diensten

* Het eigenlijke beheer van het GMD : Dit betreft de elektronische verzending van de kennisgeving van de GMD houder door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling en de elektronische antwoorden van de verzekeringsinstelling aan de zorgverlener, alsook het verzenden door de verzekeringsinstelling aan de zorgverlener van de verlengingen recht GMD en de afsluitingen recht GMD.

* De raadpleging van het recht GMD van een patiënt door de zorgverlener en het antwoord van de verzekeringsinstelling.

* De raadpleging van de lijst van patiënten waarvoor de zorgverlener de GMD houder is en het antwoord van de verzekeringsinstellingen.

Rechten en plichten van de partijen**• Rechten en plichten van de verzekeringsinstellingen :**

o De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe steeds de meest actueel beschikbare informatie te verstrekken.

o Het antwoord op een kennisgeving GMD zal onmiddellijk, enkele seconden na de vraag, gegeven worden. Dit antwoord kan een verwerping zijn (indien een bericht niet verwerkbaar is – foutief formaat, etc.) of een akkoord (in acht name van de nieuwe GMD houder door de VI).

o Het antwoord op een raadpleging van het GMD recht van een patiënt zal onmiddellijk, enkele seconden na de vraag, gegeven worden. Dit antwoord kan een verwerping zijn (indien een bericht niet verwerkbaar is – foutief formaat, etc.) of een antwoord op de raadpleging (die desgevallend de informatie bevat betreffende het GMD recht van de patiënt.

o De raadplegingen van de lijst van patiënten waarvoor de zorgverlener GMD houder is zal op asynchrone wijze door elke verzekeringsinstelling naar beste vermogen verwerkt worden.

o De verzekeringsinstellingen verbinden zich er toe rekening te houden met de kennisgeving van inschrijving verzonden door een zorgverlener als inschrijving van de zorgverlener in het systeem MyCareNet voor het beheer van al zijn GMD's.

o Voor een zorgverlener die ingeschreven is in MyCareNet voor het beheer van het GMD verbindt de VI zich ertoe om :

• Vanaf de datum van inschrijving MyCareNet : binnen de 30 dagen alle administratieve verlengingen voor het lopende jaar en het voorgaande jaar te betalen, op voorwaarde dat de bankgegevens in het bezit zijn van de VI op het moment van de verzending van de kennisgeving van inschrijving.

• Een automatische versnelde verlenging te doen voor alle GMD's voor dewelke de voorwaarden voldaan zijn, en dit binnen de 30 dagen vanaf het moment van ontvangen van het voorschrift van de prestatie (raadpleging, bezoek).

• De openingen van de GMD's te betalen binnen de 30 dagen vanaf het moment van ontvangst van de kennisgeving indien de voorwaarden voldaan zijn.

• De voorschriften GMD te weigeren verbonden aan prestaties waarvan de datum kleiner is dan de datum van de inschrijving MyCareNet.

• De berichten van afsluiting of verlenging ten gepaste tijden op te sturen.

- **Rechten en plichten van de zorgverlener :**
 - o De zorgverlener verbindt er zich toe om enkel kennisgeving, bevraging en gebruik van gegevens te doen voor patiënten waarmee hij een therapeutische relatie heeft.
 - o De zorgverlener zal de ontvangen gegevens strikt vertrouwelijk behandelen
 - o De zorgverlener verbindt er zich toe om zijn kennisgeving van inschrijving te doen op het moment dat hij beslist om het systeem MyCareNet te gebruiken voor al zijn GMD's. Deze verzending geldt als inschrijving voor het systeem MyCareNet. Vanaf dit moment zal de papieren procedure niet meer aanvaardbaar zijn voor deze zorgverlener voor het beheer van de GMD.
 - o De zorgverlener verbindt er zich toe zijn rekeningnummer aan iedere verzekeringsinstelling mee te delen op het moment van inschrijving bij het systeem MyCareNet.
 - o Vanaf dat de zorgverlener kiest voor MyCareNet voor het beheer van de GMD verbindt deze zich er toe om :
 - Geen kennisgeving op te sturen voor een GMD die reeds aangerekend is bij de patiënt (via 102771).
 - Geen GMD meer aanrekenen via 102771 vanaf de datum van inschrijving, niet voor openingen noch voor verlengingen.
 - Het versturen van kennisgevingen MyCareNet te gebruiken voor elke opening van een nieuw GMD.
 - Versturen van kennisgevingen binnen de 7 werkdagen na de prestatie (raadpleging of bezoek) die recht geeft op het GMD.

BIJLAGE 5

Dienst Raadpleging van de tarieven

Doelstelling

Deze bijlage heeft tot doel de praktische en dwingende werkingsregels vast te leggen voor de elektronische gegevensuitwisseling van de dienst "Raadpleging van de tarieven".

Definities

Met tarifiering wordt bedoeld : de communicatie door de verzekeringsinstelling die de toepassing van het terugbetalingstarief toelaat en het statuut van de patiënt voor dewelke deze gegevens geldig zijn.

Deze raadpleging zal 'online' gebeuren en per patiënt, voor 1 of meerdere verstrekkingen.

Rechten en plichten van de partijen

- **Rechten en plichten van de verzekeringsinstellingen :**
 - o De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe steeds de meest actueel beschikbare informatie te verstrekken.
 - o De antwoorden op het vlak van de dienst Raadpleging van de tarieven worden onmiddellijk, enkele seconden na de vraag, gegeven.
 - o De verzekeringsinstellingen zijn gehouden de gegevens ter beschikking te stellen van de geneesheren die zij nodig hebben om de verstrekkingen correct te kunnen factureren
- **Rechten en plichten van de zorgverleners :**
 - o De zorgverlener verbindt er zich toe enkel gegevens op te vragen en te verwerken voor de patiënten die hij effectief behandelt en dit met als enige finaliteit de facturatie van geneeskundige behandelingen.
 - o De zorgverlener verbindt er zich toe om voor minimaal 99 % van de patiënten waarvoor hij/zij de gegevens in verband met de tarieven heeft opgevraagd, effectief over te gaan tot een facturatie.
 - o De zorgverlener zal de ontvangen gegevens strikt vertrouwelijk behandelen en niet overdragen aan andere zorgverleners of aan derden.
 - o De basisregel is de volgende : de zorgverlener kan slechts eenmaal de gegevens in verband met de tarieven opvragen en dit op het moment van de verstrekking

BIJLAGE 6

Dienst Facturatie

Doel

Het doel van deze bijlage is de praktische en dwingende werkregels vast te leggen voor de elektronische gegevensuitwisseling in de service facturatie.

Definities

Facturatie is het overmaken van de facturen en het antwoord hierop op administratief vlak tussen de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen via elektronische weg en dit in de derdebetalersregeling.

Rechten en plichten van de partijen

- **Rechten en plichten van de verzekeringsinstellingen**
 - o De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe de facturen te behandelen binnen de termijn zoals bepaald in de overeenkomsten tussen verzekeringsinstellingen en betrokken zorgverleners.
 - o De facturen worden slechts als ontvangen beschouwd op het ogenblik van de ontvangstmelding door de verzekeringsinstelling via het netwerk.
 - o De VI zijn gehouden tot een betalingsverbintenis conform de voorwaarden van art 159bis van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
 - **Rechten en plichten van de zorgverlener :**
 - o De zorgverlener zal de ontvangen gegevens strikt vertrouwelijk behandelen.
- Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 17 maart 2014
De Leidend Ambtenaar,
H. De Ridder

De Voorzitter,
G. Perl

Annexe au Règlement du 17 mars 2014 portant exécution des articles 9bis et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Protocole approuvé le 24 février 2014 par la Commission nationale médico-mutualiste visée à l'article 29 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, fixant les modalités d'application pour des échanges de données électroniques entre les médecins et organismes assureurs via le réseau MyCareNet

Article 1^{er}. Le présent protocole concerne les échanges des données électroniques suivants :

- Accords Médecins.
- Conseils-Médicaments Chapitre IV : Annexe 2
- Service assurabilité : Annexe 3
- Gestion du DMG : Annexe 4
- Consultation des tarifs : Annexe 5
- Service facturation : Annexe 6

La transmission de ces données entre dispensateurs de soins ou au sein des organismes assureurs ne relève pas de l'application du protocole.

Art. 2. L'échange de données doit se dérouler conformément à l'article 36/1 de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth.

Art. 3. Il revient aux systèmes informatiques utilisés par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs de conserver systématiquement les données concernant l'identité du responsable de la transmission ainsi que de celui qui a exécuté cette transmission, une information temporelle complète et les rapports de perturbations éventuelles qui ont été constatées pendant le traitement.

Art. 4. Les règles de travail pratiques et impératives convenues entre les parties figurent dans la convention MyCarenet en Annexe 1^{re}.

Art. 5. La liste de contrôle destinée à documenter les différentes exigences auxquelles les systèmes informatiques du dispensateur de soins (ou de son mandataire) doivent répondre est complétée et doit être disponible en cas d'audit relatif à la procédure d'archivage chez le prestataire ou l'organisme assureur.

Art. 6. Pour autoriser un logiciel à utiliser MyCareNet, un ensemble de démarches administratives sont à réaliser ainsi qu'un ensemble de tests avec la plateforme MyCareNet et avec les organismes assureurs. La procédure complète d'adhésion d'un fournisseur de logiciel est décrite dans le document « MyCareNet vademecum » disponible auprès du collège intermutualiste national (CIN).

Art. 7. La surveillance du bon respect des dispositions de ce protocole est assurée respectivement par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service du contrôle administratif, chacun au niveau de ses compétences. Sans préjudice de leurs propres compétences spécifiques, les Services de contrôle doivent communiquer les éventuelles lacunes ou irrégularités à la Commission nationale médico-mutualiste.

ANNEXE 1^{re}

**CONVENTION MYCARENET ENTRE LES MEDECINS
ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

L'objectif de cette convention est de fixer, conformément et complémentaiement à la réglementation, les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange électronique de données via le réseau MyCareNet entre les médecins et les organismes assureurs.

Préambule :

Le contrat d'administration de la plate-forme eHealth fixant les règles et conditions spéciales selon lesquelles la plate-forme eHealth exerce les missions qui lui sont confiées par la loi, notamment la loi relative à la plate-forme eHealth, est disponible sur le site e-health :

<https://www.ehealth.fgov.be/fr/a-propos-de-ehealth/organisation/comite-de-gestion>.

1. Définitions.

- **Réseau** : le réseau MyCareNet

- **Services** : types de transmission de données identifiés dans les annexes du présent document (exemple : Accords médecins conseils – médicaments chapitre IV : demande d'accord, consultation d'accord).

2. Droits et obligations des parties.

2.1. Droits et obligations des organismes assureurs.

* Exactitude des données

Les organismes assureurs s'engagent à mettre à jour et à rendre accessible sur le réseau les données correctes de tous leurs membres, relatives aux services décrits dans l'annexe.

* Disponibilité des services de MyCareNet :

o Une disponibilité de 99 % sur base mensuelle à l'exclusion des fenêtres de maintenance planifiées aux moments les plus opportuns.

o Un monitoring permanent.

* Disponibilité des services :

o Au niveau technique (disponibilité du réseau MyCareNet) :

• les prestataires de soins peuvent introduire leurs demandes tous les jours 24 heures sur 24 à l'exclusion des fenêtres de maintenance planifiées.

o Au niveau du Helpdesk de MyCareNet :

• le helpdesk sera disponible pendant les heures de bureau de 8H30 à 17H30, et ce uniquement pendant les jours ouvrables. Un document séparé mentionnera où le prestataire de soins pourra s'adresser et avec quel type de question.

o Au niveau des Helpdesk des organismes assureurs :

- Le helpdesk sera disponible pendant les heures de bureau de 9H à 12H et de 13H30 à 16H et ce uniquement pendant les jours ouvrables. Un document séparé mentionnera où le prestataire de soins pourra s'adresser et avec quel type de question.

- o La coordination entre les services Helpdesk de MyCareNet et des organismes assureurs est assurée.

2.2. Droits et obligations des prestataires de soins.

- o Le prestataire de soins s'engage à transmettre en temps utile ses données exactes aux responsables des sources authentiques.

- o Le prestataire de soins se déclare d'accord avec les éventuelles futures adaptations de cette convention, pour autant qu'elles aient été approuvées par la Medicomut. La version la plus récente de cette convention peut à tout moment être obtenue auprès du Collège Inter-mutualiste National (ci-après le CIN) et sur le site web de l'INAMI.

- o Un prestataire de soins a accès au réseau pour autant que la plate-forme e-Health reconnaisse et authentifie les identifiants et qualités que lui présente le prestataire de soins.

- o L'utilisation de ce réseau est limitée aux services décrits en annexe et sous-entend l'acceptation de plein droit des conditions relatives à ce service comme stipulées dans l'annexe correspondante.

- o Le helpdesk première ligne du prestataire de soins est toujours le fournisseur du logiciel au moyen duquel le prestataire de soins consulte MyCareNet (donc en cas de problème avec MyCareNet, le prestataire de soins contactera en premier lieu son fournisseur de logiciel).

3. Abus ou infractions.

- o En cas d'abus ou d'infraction à la présente convention :

- Dès qu'un organisme assureur constate des abus ou des infractions à la présente convention, il enverra au prestataire de soins un avertissement à ce sujet par lettre recommandée.

- Le CIN fera part de tout cas d'abus ou d'infraction le concernant au Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, qui veille au respect de la protection de la vie privée des assurés sociaux dans le service concerné.

- Dès qu'un prestataire de soins constate un ou des abus ou une ou des infraction(s) à la présente convention, il enverra au CIN un avertissement à ce sujet par lettre recommandée.

- En cas de répétition des faits endéans les 365 jours à partir de la première infraction, la Medicomut ainsi que les services de contrôles administratif et médicaux de l'INAMI en seront informés, et prendront, en fonction de leurs compétences et responsabilités respectives, les actions nécessaires vis-à-vis de la partie en infraction.

- o Au cas où l'utilisation du réseau par le prestataire de soins mettrait en danger la disponibilité ou la sécurité du système informatique, l'accès pourrait temporairement lui en être refusé après l'en avoir averti, le temps que le problème soit résolu (Il s'agit ici de '*problèmes techniques*').

4. Mandats

Un prestataire de soins a le droit de donner un mandat à un mandataire pour les services de type 'administratifs'.

Un mandat doit être confirmé par écrit selon le modèle en vigueur sur la plate-forme e-Health (https://www.ehealth.fgov.be/fr/page_menu_a_m/website/home/portal/access/mandates.html).

Le mandataire doit porter ce mandat à la connaissance du Collège Intermutualiste National.

La période pour laquelle le mandat est donné, doit être reprise explicitement dans ce mandat. Le mandat doit parvenir au CIN au moins 5 jours ouvrables avant la date de prise d'effet du mandat.

Le mandant reste responsable du contenu des messages et plus spécifiquement du contenu de la facturation et de l'effectivité des prestations fournies.

Les prestataires de soins dont les prestations sont attestées via un numéro de groupe (tel qu'on l'entend sur le site de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/>) ne doivent pas donner de mandat MyCareNet.

Pour être valables, les mandats doivent répondre aux conditions énumérées limitativement ci-après :

- o Le mandat doit mentionner explicitement l'objet du mandat. Un mandat vaut uniquement pour maximum 1 service (consultation assurabilité, DMG, Tarification, facturation).

- o Un mandat n'aura pas trait à la façon de payer. A cet effet, un accord spécifique doit être signé entre le prestataire de soins et l'organisme assureur.

- o La date de la signature doit être reprise explicitement de sorte que l'organisme assureur puisse vérifier quand ce mandat produira ses effets.

- o Il ne peut pas y avoir de périodes chevauchantes entre 2 mandats pour un même service. Le cas échéant, un nouveau mandat pour un service clôture automatiquement le mandat précédent.

- o En cas de décès, de faillite ou de liquidation du mandant ou du mandataire, tout mandat est immédiatement terminé. Un nouveau mandat peut éventuellement être donné par ou avec le liquidateur ou le curateur.

5. Evaluation.

Il sera fait une évaluation permanente du respect des droits et obligations des parties présentes dans cette convention.

ANNEXE 2

Volet 'Accords Médecins-Conseils – Médicaments Chapitre IV'

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques pour le volet « accords médecins-conseils-médicaments chapitre IV ».

Définitions

Volet 'Accords médecins-conseils - médicaments chapitre IV' :

Il s'agit de l'envoi électronique des demandes d'accord du prestataire de soins à l'organisme assureur pour les médicaments du chapitre IV à délivrer auprès du patient et les réponses électroniques de l'organisme assureur au prestataire, ainsi que des consultations des accords en cours du patient. Les dispositions de l'arrêté royal du 21.12.2001

fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques) valent comme base légale pour ces échanges électroniques. Le volet 'Accords médecins-conseils - médicaments chapitre IV' est composé de 2 services : les demandes d'accord chapitre IV et les consultations d'accord chapitre IV.

Droits et obligations des parties

• Droits et obligations des organismes assureurs

o Les organismes assureurs s'engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.

o Une réponse à une demande d'accord sera donnée immédiatement dans les secondes qui suivent la demande. Cette réponse peut être un rejet (si message non traitable - erreurs formats, etc...), une mise en attente de décision du médecin-conseil (preuve que l'OA a bien reçu et enregistré le message, ce message indique que le médecin-conseil prendra sa décision dès que possible), une acceptation (demande accordée par le médecin-conseil) ou un refus (demande refusée par le médecin-conseil).

o Une réponse à une consultation d'accord sera donnée immédiatement dans les secondes qui suivent la demande. Cette réponse peut être un rejet (si message non traitable - erreurs formats, etc...), ou une réponse à la demande (reprenant le cas échéant les accords du patient correspondants aux critères de la consultation).

• Droits et obligations des prestataires de soins :

o Le prestataire de soins s'engage à ne solliciter et utiliser des données que pour des patients avec lesquels il a une relation thérapeutique.

o Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité.

o Le prestataire de soins se porte garant pour la conservation dans le dossier du patient de tous les documents (protocole, résultats d'exams médicaux, ...) décrits au chapitre IV lorsque l'emploi de MyCareNet lui permet conformément à la réglementation de ne plus devoir les transmettre à l'organisme assureur. Ces documents doivent rester à la disposition du médecin-conseil lors d'une visite ou sur simple demande.

ANNEXE 3

Service 'Assurabilité'

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques dans le service « assurabilité »

Définitions

Par assurabilité, il faut entendre : les données permettant de vérifier les droits aux remboursements par l'assurance maladie-invalidité, ainsi que les données pour l'application du tarif de remboursement, et le statut du patient pour lequel ces données sont valables. Cette consultation sera faite 'on-line' pour un patient à la fois.

Droits et obligations des parties

• Droits et obligations des organismes assureurs

o Les organismes assureurs s'engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.

o Les réponses au niveau du service assurabilité sont données immédiatement dans les secondes qui suivent la demande.

o Les organismes assureurs sont obligés de mettre à disposition les données dont le prestataire de soins ont besoin afin d'être en mesure de pouvoir correctement facturer leurs prestations.

• Droit et obligations des prestataires de soins :

o Le prestataire de soins s'engage à ne solliciter et traiter des données que pour des patients qu'il traite effectivement et ce dans le but exclusif de la facturation des traitements médicaux.

o Le prestataire de soins s'engage à procéder effectivement à la facturation pour minimum 99 % des patients pour qui il/elle a sollicité les données relatives à l'assurabilité.

o Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité et ne les transmettra pas à d'autres prestataires de soins ni à des tiers.

o La règle de base est la suivante : le prestataire de soins ne pourra solliciter qu'une seule fois les données relatives à l'assurabilité au moment de la prestation.

ANNEXE 4

Volet 'Gestion du DMG'

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques pour le volet « Gestion du DMG ».

Définitions

Le volet 'gestion du DMG' comprend 3 services :

* La gestion du DMG proprement dite : Il s'agit de l'envoi électronique des notifications de détenteur du DMG par le prestataire de soins à l'organisme assureur et les réponses électroniques de l'organisme assureur au prestataire de soins, ainsi que l'envoi par l'organisme assureur au prestataire de soins des prolongations de droit DMG et des clôtures de droit DMG.

* La consultation du droit DMG d'un patient par le prestataire de soins et la réponse de l'organisme assureur.

* La consultation de la liste des patients pour lesquels le prestataire de soins et le détenteur du DMG, et la réponse des organismes assureurs.

Droits et obligations des parties

• Droits et obligations des organismes assureurs

o Les organismes assureurs s'engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.

o Une réponse à une notification DMG sera donnée immédiatement dans les secondes qui suivent la demande. Cette réponse peut être un rejet (si message non traitable - erreurs format, etc...), ou un accord (prise en compte du nouveau détenteur du DMG par l'OA).

o Une réponse à une consultation de droit DMG d'un patient sera donnée immédiatement dans les secondes qui suivent la demande. Cette réponse peut être un rejet (si message non traitable - erreurs format, etc...), ou une réponse à la demande (reprenant le cas échéant les informations concernant le droit DMG du patient).

o Les consultations de la liste des patients pour lesquels le prestataire de soins est le détenteur du droit DMG seront traitées par chaque organisme assureur en mode asynchrone dans les meilleurs délais.

o Les organismes assureurs s'engagent à tenir compte de la notification d'inscription envoyée par un prestataire de soins comme engagement du prestataire à utiliser le système MyCareNet pour la gestion de tous ses DMG.

o Pour un prestataire de soins inscrit dans MyCareNet pour la gestion du DMG, l'OA s'engage à :

- A partir de la date d'inscription à MyCareNet : payer dans les 30 jours toutes les prolongations administratives pour l'année en cours et l'année précédente, lorsque les conditions sont remplies, et à condition que les données bancaires soient en possession de l'OA au moment de l'envoi de la notification d'inscription.

- Faire une prolongation automatique accélérée pour tous les DMG pour lesquels les conditions sont remplies, dans les 30 jours à partir de la réception de l'attestation de la prestation (consultation/visite).

- Payer les ouvertures de DMG dans les 30 jours à partir de la réception de la notification si les conditions sont remplies.

- Refuser les attestations DMG relatives à des prestations dont la date est ultérieure à la date d'inscription dans MyCareNet.

- Envoyer les messages de clôture et de prolongation à bon escient.

- **Droits et obligations des prestataires de soins :**

o Le prestataire de soins s'engage à ne notifier, solliciter et utiliser des données que pour des patients avec lesquels il a une relation thérapeutique.

o Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité.

o Le prestataire de soins s'engage à envoyer sa notification d'inscription au moment où il est décidé à utiliser le système MyCareNet pour tous ses DMG. Cet envoi vaut comme inscription au système MyCareNet. Dès ce moment, la procédure papier ne sera plus acceptée pour ce prestataire pour la gestion des DMG.

o Le prestataire de soins s'engage à communiquer son numéro de compte à chaque organisme assureur au moment de l'inscription au système MyCareNet.

o Dès qu'il fait le choix d'utiliser MyCareNet pour la gestion des DMG, le prestataire de soins s'engage à :

- Ne pas envoyer de notification pour un DMG qu'il a déjà attesté au patient (via 102771).

- Ne plus attester de DMG via 102771 à partir de la date d'inscription, ni pour les ouvertures, ni pour les prolongations.

- Utiliser l'envoi des notifications MyCareNet pour toute ouverture d'un nouveau DMG.

- Envoyer les notifications dans les 7 jours ouvrables maximum après la prestation (consultation ou visite) donnant droit au DMG.

ANNEXE 5

Service 'Consultation des tarifs'

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques dans le service « consultation des tarifs »

Définitions

Par tarification, il faut entendre : Communication par l'organisme assureur des données permettant l'application du tarif de remboursement, et le statut du patient pour lequel ces données sont valables. Cette consultation sera faite 'on-line' pour un patient à la fois, pour une ou plusieurs prestations.

Droits et obligations des parties

- **Droits et obligations des organismes assureurs**

o Les organismes assureurs s'engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.

o Les réponses au niveau du service consultation des tarifs sont données immédiatement dans les secondes qui suivent la demande.

o Les organismes assureurs sont obligés de mettre à disposition les données dont les prestataires de soins ont besoin afin d'être en mesure de pouvoir correctement facturer leurs prestations.

- **Droit et obligations des prestataires de soins :**

o Le prestataire de soins s'engage à ne solliciter et traiter des données que pour des patients qu'il traite effectivement et ce dans le but exclusif de la facturation des traitements médicaux.

o Le prestataire de soins s'engage à procéder effectivement à la facturation pour minimum 99 % des patients pour qui il/elle a sollicité les données relatives au tarif.

o Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité et ne les transmettra pas à d'autres prestataires de soins ni à des tiers.

o La règle de base est la suivante : le prestataire de soins ne pourra solliciter qu'une seule fois les données relatives au tarif au moment de la prestation.

ANNEXE 6

'Service Facturation'

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques dans le service « facturation ».

Définitions

La facturation est la transmission des factures et la réponse à celle-ci d'un point de vue administratif entre les prestataires de soins et les organismes assureurs par voie électronique et dans le régime du tiers payant.

Droits et obligations des parties

- **Droits et obligations des organismes assureurs**

o Les organismes assureurs s'engagent à traiter les factures dans les délais comme stipulé dans les conventions entre les organismes assureurs et les prestataires de soins concernés.

o Les factures ne seront considérées comme reçues que si l'accusé de réception de l'organisme assureur a été renvoyé via le réseau.

o Les organismes assureurs sont tenus à un engagement de paiement conforme aux conditions de l'art. 159bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

- **Droits et obligations des prestataires de soins**

o Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité.

Vu pour être annexé au règlement du 17 mars 2014.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder

Le Président,

G. Perl

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22523]

25 SEPTEMBER 2014. — 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. — Corrigendum

In het *Belgisch Staatsblad* van 15 oktober 2014, tweede editie, pagina 80150, in het Frans, worden in het artikel 1, 1°, in de omschrijving van de verstrekking 377274-377285 de woorden "la même année civile" vervangen door de woorden "les deux années civiles".

In het *Belgisch Staatsblad* van 15 oktober 2014, tweede editie, pagina 80150, worden in het artikel 1, 2°, de woorden "twee toepassingsregels" vervangen door de woorden "drie toepassingsregels".

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22523]

25 SEPTEMBRE 2014. — Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de 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. — Corrigendum

Au *Moniteur belge* du 15 octobre 2014, deuxième édition, page 80150, en français, à l'article 1^{er}, 1°, dans le libellé de la prestation 377274-377285 les mots "la même année civile" sont remplacés par les mots "les deux années civiles".

Au *Moniteur belge* du 15 octobre 2014, deuxième édition, page 80150, à l'article 1^{er}, 2°, les mots "deux règles d'application" sont remplacés par les mots "trois règles d'application".

GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN
GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

Landbouw en Visserij

[C – 2014/36821]

22 MEI 2014. — Ministerieel besluit tot wijziging van artikel 1, 2, 6, 7 en 7/1 van het ministerieel besluit van 6 juni 2013 tot erkenning van centra voor paarden met toepassing van artikel 35 van het Fokkerijbesluit van 19 maart 2010

De Vlaamse Minister van Economie, Buitenlands Beleid, Landbouw en Plattelandsbeleid,

Gelet op het decreet van 28 juni 2013 betreffende het landbouw- en visserijbeleid, artikel 40, 6°;

Gelet op het Fokkerijbesluit van 19 maart 2010, artikel 35;

Gelet op het ministerieel besluit van 6 juni 2013 tot erkenning van centra voor paarden met toepassing van artikel 35 van het Fokkerijbesluit van 19 maart 2010;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 13 mei 2014;

Overwegende dat Haras de la Cour een stopzetting heeft gemeld van zijn erkende activiteiten voor de winning en opslag van sperma voor de nationale handel;