

## FACTUUR BIJ OPNAME

### Identificatiegegevens

Het eerste deel van uw factuur bevat alle identificatiegegevens:

- o de gegevens van het ziekenhuis, zoals de naam, het adres, het RIZIV-nummer, enz.
- o uw persoonlijke gegevens, zoals uw naam, uw adres, het nummer van uw ziekenfonds.
- o gegevens over uw behandeling in het ziekenhuis: periode van uw verblijf, uw patiëntnummer, het nummer van de verpleegnota (= de officiële term voor de ziekenhuisfactuur).

### Kosten

Het tweede deel bevat verschillende kosten. Bij een factuur n.a.v. een opname zijn er 8 verschillende onderdelen:

1. Verblijfskosten
2. Forfaitair aangerekende kosten
3. Apotheekkosten
4. Honoraria van zorgverleners
5. Andere leveringen
6. Ziekenvervoer
7. Diverse kosten
8. Btw op esthetische ingrepen

#### 1. Verblijfskosten

Hier worden de kosten van uw verblijf aangerekend.

- De **verblijfskosten** worden onderverdeeld in een bedrag per opname en een bedrag per dag. Deze kosten worden vergoed door uw ziekenfonds, uitgezonderd het persoonlijk aandeel.

De dag van opname en de dag van vertrek worden als één enkele dag gefactureerd, behalve als u opgenomen wordt vóór 12 uur en vertrekt na 14 uur.

Als u een weekend naar huis mag, wordt er geen verpleegdag aangerekend voor de afwezige dagen. Het bed blijft voorbehouden, zonder reserveringskosten.

Voor gewoon sociaal verzekerden:

Tarieven 1/1/2018

Wettelijk persoonlijk aandeel	Ongeacht het kamertype			
	Recht-hebbenden met voor-keurtarief (1)	Andere rechthebbenden		
		Gerechtigde met persoon ten laste	Gerechtigde zonder persoon ten laste	Descendent en werkloze (persoon ten laste inbegrepen)
<b>1<sup>e</sup> dag</b>	€ 5,66	€ 43,20	€ 43,20	€ 32,93
<b>vanaf de 2<sup>de</sup> dag/dag</b>	€ 5,66	€ 15,93	€ 15,93	€ 5,66
<b>vanaf de 91<sup>e</sup> dag/ dag</b>	€ 5,66	€ 5,66	€ 15,93	€ 5,66

(1) rechthebbenden met een voorkeurtarief = rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming vanwege het ziekenfonds

Wanneer u wordt opgenomen voor een esthetische operatie, geldt het principe van derde betaler niet. Bespreek dit op voorhand met uw arts.

Voor niet-sociaal verzekerden:

Tarieven 1/1/2018

Per dag	Niet-verzekerden
Verpleegdag	€ 415,00 (acute diensten) / € 365,77 (Sp revalidatiedienst)

- **Kamersupplementen** moet u zelf betalen, tenzij u over een bijkomende hospitalisatieverzekering beschikt die deze kosten dekt. Bij twijfel informeert u best bij uw hospitalisatieverzekering. De kamersupplementen worden enkel aangerekend bij een eenpersoonskamer. Bij uw inschrijving in het ziekenhuis moet u in uw opnameverklaring aangeven voor welk type kamer u kiest. De kamersupplementen variëren van € 35 tot € 65, afhankelijk van de afdeling waar u opgenomen wordt ([opnameverklaring + toelichting](#)).

In volgende gevallen wordt er geen supplement op een eenpersoonskamer aangerekend:

- U wordt om medische redenen op een eenpersoonskamer opgenomen.
- U komt op een eenpersoonskamer terecht om organisatorische redenen, bv. wegens plaatsgebrek op de gemeenschappelijke kamers.
- U wordt opgenomen op een eenheid voor intensieve zorgen, waaronder hartbewaking of spoedgevallen

U kunt als ouder bij uw kind overnachten als hij of zij opgenomen wordt in het ziekenhuis. Dit wordt 'rooming-in' genoemd. Het rooming-in document is vanaf 1/7/2014 wettelijk geïntegreerd in de [opnameverklaring klassieke hospitalisatie](#). Hiervoor wordt geen kamersupplement aangerekend. Afhankelijk van de gekozen rooming-in formule (overnachting en/of maaltijd(en)) wordt hiervoor een forfaitair bedrag per dag aangerekend.

## 2. Forfaitair aangerekende kosten

Dit zijn kosten die betrekking hebben op klinische biologie, medische beeldvorming, medische wachtdienst en technische verstrekkingen en geneesmiddelen. Deze bedragen worden u aangerekend, ook als u die producten/diensten niet heeft verbruikt.

Voor gewoon sociaal verzekerden:

Tarieven 1/1/2018

Per opname	Ongeacht het kamertype	
	Rechthebbenden met voorkeurtarief (1)	Andere rechthebbenden
<b>1<sup>e</sup> dag</b>		
Forfait geneesmiddelen per dag	€ 0,62	€ 0,62
Forfait technische verstrekkingen	€ 0,00	€ 16,40
Forfait klinische biologie	€ 0,00	€ 7,44
Forfait medische beeldvorming	€ 1,98	€ 6,20
<b>vanaf de 2<sup>de</sup> dag</b>		
Forfait geneesmiddelen per dag	€ 0,62	€ 0,62
<b>vanaf de 91<sup>ste</sup> dag</b>		
Forfait geneesmiddelen per dag	€ 0,62	€ 0,62

(1) rechthebbenden met een voorkeurtarief = rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming vanwege het ziekenfonds

<b>Niet-verzekerden</b>	
<b>Per opname</b>	
Forfait medische wachtdienst	€ 52,66
Forfait klinische biologie per dag	€ 21,96
Forfait klinische biologie	€ 89,22
Forfait medische beeldvorming	€ 68,31

### 3. Apotheekkosten

Hier worden de gebruikte producten tijdens uw verblijf aangerekend.

- Vergoedbare producten: het ziekenfonds vergoedt deze producten gedeeltelijk of volledig.
- Niet vergoedbare producten: het ziekenfonds vergoedt deze producten niet; Op de factuur vindt u een gedetailleerd overzicht (naam, hoeveelheid, kostprijs).
- [Parafarmaceutische producten](#): dit zijn onder andere verzorgingsproducten, anti-emboliekousen of een thermometer.
- Implantaten, uitwendige prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen (bv. hechtingsmateriaal). De meeste implantaten en prothesen worden gedeeltelijk terugbetaald door het ziekenfonds, het restbedrag moet u zelf betalen. Ook wordt er een afleveringsmarge aangerekend (10 % van de kostprijs met een vastgelegd maximum). Deze afleveringsmarge moet u zelf betalen.

### 4. Honoraria van zorgverleners

Hier worden de erelonen van de zorgverleners opgesomd, die u zelf dient te betalen, tenzij u over een bijkomende hospitalisatieverzekering beschikt die deze kosten dekt. Bij twijfel informeert u best bij uw verzekeraar.

- Honoraria: dit zijn de erelonen voor alle verstrekkingen van artsen, kinesitherapeuten, tandartsen en vroedvrouwen. Indien u koos voor een eenpersoonskamer, mogen de artsen u ereloonsupplementen (maximaal 100 % van het officiële tarief) aanrekenen. Er wordt altijd de uitvoerende specialist, de nomenclatuurcode, de conventiestatus van de specialist en de kamercode vermeld. Ook de honoraria voor alle niet terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen die u moet betalen, vindt u hier terug.
- Informeer altijd bij uw arts welke ereloonsupplementen hij zal aanrekenen.

Bij sommige verstrekkingen (labo, anatomopathologie) is er geen contact geweest tussen u als patiënt en de uitvoerende zorgverlener. Het is ook mogelijk dat er een staalafname (bv. bloedafname) gebeurt tijdens een privéconsult van de specialist, maar dat het onderzoek uitgevoerd wordt door een dienst van het ziekenhuis.

Keuze van de arts	<b>Verbonden</b> artsen of artsen die zich vooraf verklaard hebben om tegen <b>verbintenistarief</b> te werken.	<b>Niet-verbonden artsen</b> (die niet tegen verbintenistarief werken) voor zowel voor een opname in het <b>dagziekenhuis</b> als voor een <b>opname met verblijf</b>
Keuze van de kamer	zowel voor een opname in het <b>dagziekenhuis</b> als voor een <b>opname met verblijf</b>	

<b>Gemeenschappelijke kamer</b>	Ereloon tegen verbintenistarief (geen ereloonsupplement)  Geen kamersupplement	Ereloon tegen verbintenistarief (geen ereloonsupplement)  Geen kamersupplement
<b>Tweepersoonskamer</b>	Ereloon tegen verbintenistarief (geen ereloonsupplement)  Geen kamersupplement	Ereloon tegen verbintenistarief (geen ereloonsupplement)  Geen kamersupplement
<b>Individuele kamer</b>	(Wanneer u voor een individuele kamer opteert, wordt de regeling voor niet-verbonden artsen toegepast: zie kolom hierlangs	Ereloonsupplementen met een maximum van 100%  Kamersupplement: 35€ voor een kamer zonder douche, 40€ voor een kamer met douche en suite op materniteit 65€

### 5. Andere leveringen

Hier worden onder andere de kosten voor gipsverbanden, desinfecterende baden en bloedproducten opgesomd. Met uitzondering van synthetische gipsvormen zijn de kosten van die producten ten laste van het ziekenfonds.

### 6. Ziekenvervoer

Wie via de dienst 112/dienst 100 met een ambulance naar het ziekenhuis wordt overgebracht, doet een beroep op dringend ziekenvervoer. Deze tarieven zijn wettelijk bepaald en dienen voor de 50 % betaald te worden door de patiënt.

### 7. Diverse kosten

[Deze kosten](#) omvatten onder andere telefoonkosten, toiletartikelen e.a..

### 8. Btw op esthetische ingrepen

Naam btw-plichtige met btw-nummer en bedrag inclusief/exclusief btw.

## **Maximumfactuur**

De maximumfactuur (MAF) is een financiële beschermingsmaatregel die de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag beperkt. Zodra de uitgaven voor geneeskundige zorg in de loop van het kalenderjaar dat plafondbedrag bereiken, krijgt een gezin voor de daaropvolgende verstrekkingen het remgeld volledig terugbetaald.

De ziekenfondsen houden, per gezin en per lid, het remgeld bij. Het remgeld dat het plafondbedrag overschrijdt, wordt automatisch terugbetaald.

## **De afrekening**

Het derde deel van uw factuur omvat de afrekening. De volgende bedragen worden vermeld:

- het totaalbedrag aangerekend aan uw ziekenfonds;
- het totaalbedrag van aangerekende persoonlijke tussenkomsten (1);
- het totaalbedrag van aangerekende supplementen of andere bedragen (2);

Het bedrag (1) + (2) moet u betalen.