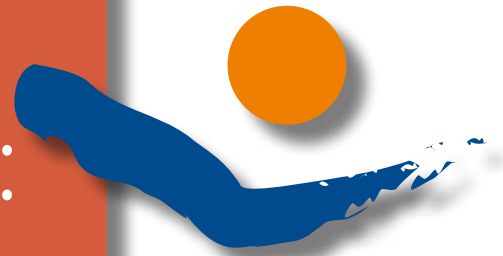


PRAKTISCH

Een opname in het ziekenhuis: **de gids!**





Een publicatie van de ***Onafhankelijke Ziekenfondsen***

Sint-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel

T 02 778 92 11 - F 02 778 94 04

commu@mloz.be

—

Foto's > Isopix

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, februari 2011
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

Bij de redactie is rekening gehouden met de reglementering tot 1 februari 2011. Alle vermelde bedragen gelden voor 2011, tot een volgende indexering of verhoging na februari 2011.
De juistheid van bovenvermelde informatie wordt niet gegarandeerd en MLOZ is niet verantwoordelijk voor die informatie, behalve in geval van een zware of opzettelijke fout. De informatie geldt slechts op de datum waarop ze gepubliceerd wordt en MLOZ kan niet garanderen dat deze correct of foutloos is, dat ze volledig en/of bijgewerkt is. De informatie wordt uitsluitend ter informatie gepubliceerd, los van elke contractuele relatie en/of van elke eenzijdige verbintenis van MLOZ.

Een opname in het ziekenhuis: **de gids!**

Niemand gaat voor zijn plezier naar een ziekenhuis. Meestal gaat het om gezondheidsproblemen die dringende zorg vereisen. Eens in een ziekenhuisbed is het te laat om zich vragen te stellen over de wijze waarop het verblijf zal verlopen en over de factuur die men zal ontvangen.

Om onprettige verrassingen te vermijden, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen het initiatief genomen een ziekenhuisgids samen te stellen met een waaier aan inlichtingen en praktische tips.

Niet alle aspecten worden behandeld. De materie is complex en de gang van zaken kan verschillen naargelang het ziekenhuis. De voornaamste etappes van een verblijf worden chronologisch op een rij gezet, gaande van de keuze van de arts en het ziekenhuis tot het ontslag en herstel.

Heb je vragen of problemen? Aarzel niet om je ziekenfonds te contacteren.



Inhoud

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1. | De keuze van het ziekenhuis | 7 |
| 2. | De aangifte van arbeidsongeschiktheid | 9 |
| 3. | Je opname voorbereiden | 10 |
| 4. | De kamerkeuze | 12 |
| 5. | De keuze van de arts | 13 |
| 6. | Het voorschot | 17 |
| 7. | Formulieren bij opname | 18 |
| 8. | Het ziekenhuis verlaten | 20 |
| 9. | Overlijden | 22 |
| 10. | De facturatie | 23 |
| 11. | De patiëntfactuur | 25 |
| 12. | Hoeveel kost een ziekenhuisopname? | 31 |
| 13. | Hospitalisatieverzekering | 34 |
| 14. | Verzekerde met verhoogde tegemoetkoming | 36 |
| 15. | Overzicht van de voornaamste tarieven 2011 | 38 |



1. De keuze van het ziekenhuis

In principe is de keuze van een ziekenhuis volledig vrij. Maar de keuze van een arts zal doorgaans de keuze van het ziekenhuis beïnvloeden. Een arts kan immers niet in om het even welk ziekenhuis ingrepen of onderzoeken uitvoeren.

Je kan je bij de keuze van het ziekenhuis laten leiden door de raad van je behandelende geneesheer, maar niets verplicht je die te volgen.

Je regelt zelf de keuze en reservering van de kamer. Een arts regelt met een ziekenhuis alleen de (voorzien) opnamedatum en treft de nodige schikkingen voor onderzoeken of een ingreep (bijv. reservering operatiekwartier, afspraak anesthesie).

Om onaangename verrassingen te vermijden, informeer je je het best vooraf over de prijs van het verblijf en de erelonen van de artsen in het door jou gekozen ziekenhuis.

Ambulancevervoer na oproep van de dienst 100

Bij een vervoer dat volgt op een oproep van de dienst 100 heb je geen vrije keuze van ziekenhuis. Je wordt vervoerd naar een ziekenhuis dat deel uitmaakt van het 100-circuit en voldoende is uitgerust. Het gaat dus niet noodzakelijk om het dichtstbij gelegen ziekenhuis.

De ziekteverzekering voorziet in een tegemoetkoming van 50 % in het tarief van het 100-vervoer. Het ziekenfonds betaalt veelal nog een volledige of gedeeltelijke tegemoetkoming via de aanvullende verzekering. Ook hospitalisatieverzekeraars kunnen voorzien in een dergelijke vergoeding. Kijk de polis erop na.

Ziekenwagenvervoer na oproep 100 Tarieven voor 2011

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Forfait per rit (1 tot 10 km) | € 57,07 |
| Vanaf de 11e km | € 5,70/km |
| Vanaf de 21e km | € 4,36/km |

De 100-tarieven gelden zowel voor ziekenvervoer dat vertrekt van bij je thuis als vanop de openbare weg, alsook voor het dringend interziekenhuisvervoer uitgevoerd door een 100-dienst.

Betaal nooit vervoerskosten voor een MUG (Medische Urgentie Groep) die mogelijk samen met de 100-ambulance ter plaatse komt: die zijn ten laste van het ziekenhuis dat de wagen stuurt.

Ambulancevervoer zonder oproep van de dienst 100

Voor **ziekenvervoer** waarbij je de ambulancedienst rechtstreeks contacteert, heb je vrije keuze van ziekenhuis. Voor dit type van vervoer gelden de hogervermelde 100-tarieven niet. De tarieven worden vrij bepaald en kunnen verschillen van vervoersdienst tot vervoersdienst. In het Franstalig gebied van het Waals Gewest en in de Duitstalige gemeenschap gelden maximumtarieven.

De vrije keuze van ziekenhuis is relatief als je al verblijft in een ziekenhuis. Indien je medische toestand dat toelaat, vormt een **overbrenging** naar een ziekenhuis van je keuze veelal geen probleem.

Een transfer naar een ander ziekenhuis kan echter noodzakelijk zijn om medische of technische redenen, zodat de vrije keuze relatief wordt. Als je dringend vervoerd moet worden van het verblijfsziekenhuis naar het kortst bijgelegen ziekenhuis dat over de nodige uitrusting beschikt, gelden de 100-tarieven wel, op voorwaarde dat het vervoer gebeurt door een 100-dienst.

Transferkosten zijn ten laste van de patiënt. Op die regel gelden twee uitzonderingen waarbij de vervoerskosten ten laste vallen van het vertrekziekenhuis en niet aan de patiënt mogen worden doorgerekend:

- een vervoer tussen verschillende sites van eenzelfde ziekenhuisnetwerk;
- een vervoer heen en terug, dezelfde dag, tussen twee ziekenhuizen voor een aanvullend onderzoek of een behandeling die in het eerste ziekenhuis niet mogelijk is.

De kosten van **niet-dringend vervoer** zijn ten laste van de patiënt. Er is, behoudens uitzondering, geen tegemoetkoming in de ziekteverzekering. De ziekteverzekering kent tegemoetkomingen in de reiskosten voor (ouders van) patiënten met welbepaalde aandoeningen alsook voor personen in revalidatie of opgenomen in centra voor dagverpleging. Het ziekenfonds betaalt ambulancekosten meestal wel (gedeeltelijk) terug via de aanvullende verzekering. Ook hospitalisatieverzekeraars kunnen voorzien in een vergoeding voor ambulancevervoer.

Contacteer je ziekenfonds als je op voorhand weet dat je niet-dringend ziekenvervoer nodig hebt. Het ziekenfonds zoekt met een jou naar aangepast vervoer tegen een gunstig tarief.

2. De aangifte van arbeidsongeschiktheid

Bij een opname in het ziekenhuis kan je niet meer werken en ben je arbeidsongeschikt. Wie arbeidsongeschikt is en voldoet aan de voorwaarden, kan bij het ziekenfonds terecht voor een vervangingsinkomen: de zogeheten 'uitkering wegens arbeidsongeschiktheid'. Die ziekenfondsuitkering krijg je niet zomaar. Er komt nogal wat administratie bij kijken. Tijdig het nodige doen en vooral niets vergeten is de boodschap.

Zelfstandigen en werklozen moeten in geval van arbeidsongeschiktheid alleen de adviserend geneesheer van het ziekenfonds verwittigen. Werklozen moeten er wel op letten dat ze hun controlekaart correct invullen. Werknemers moeten naast het ziekenfonds ook de werkgever verwittigen.

De werkgever op de hoogte brengen

De werkgever moet verwittigd worden zoals bepaald in het arbeidscontract, het arbeidsreglement of een collectieve arbeidsovereenkomst (CAO). Als algemene regel geldt dat de werkgever onmiddellijk, d.w.z. de dag zelf, op de hoogte moet worden gebracht van de arbeidsongeschiktheid.

Veelal zal je werkgever ook een medisch getuigschrift eisen. Het arbeidsreglement of de CAO bepalen de termijn daarvoor. Als er geen termijn is bepaald, moet het getuigschrift bezorgd worden binnen twee werkdagen.

De verzekeraar op de hoogte brengen

Indien de arbeidsongeschiktheid en de opname het gevolg zijn van een ongeval, moet je de betrokken verzekeringsmaatschappij verwittigen. Je moet ook het ziekenfonds melden dat je arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ongeval. Het ziekenfonds zal je een ongevalsangifteformulier bezorgen dat je moet invullen en terugsturen.

Indien je een hospitalisatieverzekering hebt afgesloten waarvan de polis bepaalt dat je de verzekeraar moet verwittigen van de ziekenhuisopname, moet je het nodige doen volgens de voorgeschreven aangifteprocedure of -formulieren.

De adviserend geneesheer van het ziekenfonds verwittigen

Je bezorgt de adviserend geneesheer een door de behandelende arts ingevuld document 'getuigschrift van arbeidsongeschiktheid'.

Je hebt van het ziekenfonds enkele voorgedrukte exemplaren gekregen en je kan altijd nieuwe aanvragen.

Je verstuurt het document het best via de post. De poststempel geldt als bewijs. Stop het nooit in de brievenbus van je plaatselijke ziekenfondskantoor en ga het daar ook niet afgeven. Het document (laten) afgeven in ruil voor een ontvangstbewijs kan alleen op het adres dat vermeld staat op het document.

De adviserend geneesheer van het ziekenfonds moet de aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen binnen welbepaalde termijnen die verschillen naargelang je statuut. De onderstaande tabel geeft de **uiterlijke termijn** aan, uitgedrukt in kalenderdagen te rekenen vanaf de dag waarop de arbeidsongeschiktheid aanving. De vermelde termijnen worden geschorst tijdens de periode dat men in een ziekenhuis is opgenomen.

| Termijn voor aangifte van arbeidsongeschiktheid | |
|--|----------|
| Werklozen Andere categorieën (*) Herval (**) | 3 dagen |
| Arbeider | 14 dagen |
| Bediende | 28 dagen |
| Zelfstandige | 29 dagen |

(*) o.a. de personen die op de dag waarop ze arbeidsongeschikt worden niet of niet meer verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst en die geen werkloze zijn (bv. 'in opzeg')

(**) na een werkhervatting terug arbeidsongeschikt worden binnen 14 dagen



3. Je opname **voorbereiden**

Administratieve documenten

- ✓ Je SIS- en identiteitskaart. Aan de hand van de SIS-kaart kan het ziekenhuis je verzekeringsstatuut bij het ziekenfonds verifiëren. Het ziekenhuis vergewist zich van je identiteit door de gegevens op de SIS-kaart te vergelijken met die op je identiteitskaart.
- ✓ De identificatiegegevens van je hospitalisatieverzekering. Je moet deze gegevens alleen meedelen als je een verzekering hebt die het factuursaldo ten laste van de patiënt rechtstreeks met het ziekenhuis regelt. Veelal beschik je in dat geval over een kaart, afgeleverd door de verzekeraar. Als de voorwaarden van de verzekeringspolis dat toelaten, doe je er goed aan de arts of het ziekenhuis niet te melden dat je een hospitalisatieverzekering hebt afgesloten. Anders gaan niet zelden de supplementen de hoogte in.
- ✓ De identificatiegegevens van je ongevalsverzekering. Indien de opname het gevolg is van een ongeval kan het ziekenhuis rechtstreeks de kosten met de verzekeraar afrekenen.
- ✓ De identificatiegegevens van je huisarts en verwijzarts.
- ✓ De identificatiegegevens van de contactpersoon tot wie men zich kan wenden tijdens het verblijf.
- ✓ Je keuze voor de gewenste filosofische, morele, religieuze begeleiding, en de eventuele voedings- en andere voorschriften die daaruit volgen.

Medische gegevens

- ✓ Verwijsbrief en eventuele andere stukken van je huisarts of een andere behandelende arts zoals protocollen, clichés medische beeldvorming (RX-beelden, ...), analyseresultaten enz.
- ✓ Bloedgroepkaart, vaccinatiekaart.
- ✓ Lijst van geneesmiddelen die je neemt.
- ✓ Documenten die waarschuwen voor het risico op allergie.
- ✓ Dieetvoorschriften.
- ✓ Lijst met aard en tijdstip van vroegere ingrepen en doorgemaakte aandoeningen.
- ✓ 'Informed consent'-document

Informed consent

Elke patiënt heeft het recht om vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst. Dat kan een medisch onderzoek zijn, een heelkundige ingreep of de beslissing om een behandeling stop te zetten.

De toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven, behalve als ze kan afgeleid worden uit de gedragingen van de patiënt nadat hij voldoende werd geïnformeerd. De toestemming kan schriftelijk worden vastgelegd en toegevoegd worden aan het patiëntendossier.

Toestemming geven veronderstelt dat men voldoende informatie heeft gekregen en begrepen. Voor die 'geïnformeerde toestemming' gebruikt men in het vakjargon de term 'informed consent'.

De informatie wordt vooraf en tijdig verstrekt. Bovendien moet je de mogelijkheid krijgen om een 'second opinion' in te winnen.

De informatie moet duidelijk en begrijpelijk zijn. Je kan erom verzoeken dat de informatie schriftelijk bevestigd of mee gedeeld wordt aan een door jou aangewezen vertrouwenspersoon. Je kan ook weigeren geïnformeerd te worden.

Als patient moet je informatie krijgen over:

- het doel van de tussenkomst
- de aard van de tussenkomst
- de graad van urgentie
- de duur
- de frequentie
- de relevante tegenindicaties
- de nevenwerkingen en risico's
- de nazorg
- de mogelijke alternatieven
- de financiële gevolgen
- de mogelijke gevolgen bij weigering/intrekking van de toestemming

Persoonlijke spullen

- ✓ Aangepaste kleding en toiletartikelen, pen en papier, lectuur, ...
- ✓ Laat waardevolle dingen thuis. Een ziekenhuis is niet verantwoordelijk voor diefstal of verlies van waardevolle voorwerpen. Meestal wordt dat vooraf aangekondigd met het advies dat het ziekenhuis ze veilig voor je kan bewaren.
- ✓ Laat je gsm thuis, veelal is het gebruik ervan verboden in ziekenhuizen.
- ✓ Neem niet te veel geld mee.

Bewaargeving, zaakwaarneming

Hoewel een ziekenhuis niet verantwoordelijk kan gesteld worden voor verlies of diefstal, hebben ziekenhuizen wel een bewaarnemingsplicht voor jouw persoonlijke bezittingen. Dat gebeurt als je zelf niet kan instaan voor het beheer van je bezittingen. Bijvoorbeeld wanneer je bij de opname niet bij vol bewustzijn bent of je spullen moet achterlaten bij een onderzoek.

Het personeel is ertoe gehouden een bepaalde procedure na te leven om goederen van patiënten veilig op te bergen, te bewaken en terug te geven.

Onthaalbrochure

Vraag het ziekenhuis om een onthaalbrochure of neem een kijkje op de website. Je kan er allerhande informatie vinden over de instelling en de huisregels.

Het ziekenhuis moet in de onthaalbrochure en op de website vermelden welke de rechtsverhouding is tussen het ziekenhuis en de er werkzame artsen en paramedici alsook bij wie men in het ziekenhuis terecht kan voor specifieke informatie hieromtrent. Bij een vermoeden van medische fout moet je als patiënt snel kunnen uitzoeken welke verzekeraar je moet aanspreken (die van de arts of die van het ziekenhuis).

4. De kamerkeuze

Bij een opname in een ziekenhuis heb je de keuze uit 3 soorten kamers:

- gemeenschappelijke kamers
- tweepersoonskamers
- eenpersoonskamers

De keuze van de kamer heeft geen invloed op de kwaliteit van de verzorging. Zij heeft wel een invloed op de **prijs van de kamer** en de **honoraria van de geneesheren**. Je maakt je kamerkeuze bekend op het opnameformulier. (zie p. 18).

Kamersupplementen

Naast een **persoonlijk aandeel**, dat eenieder betaalt onafhankelijk van de keuze van de kamer, betaal je een **supplement** voor de kamer indien je hebt gekozen voor een eenpersoonskamer.

| Kamersupplementen | |
|--------------------------|---|
| Gemeenschappelijke kamer | Je betaalt geen supplement |
| Tweepersoonskamer | Je betaalt geen supplement |
| Eenpersoonskamer | Je betaalt een supplement vastgesteld door het ziekenhuis |

De kamersupplementen staan vermeld op het opnameformulier. Het ziekenfonds kan je de kamersupplementen in ziekenhuizen meedelen.

In 54 % van de algemene ziekenhuizen betaalt u in 2010, 50 euro of minder per dag voor een eenpersoonskamer:

- 30 % heeft eenpersoonskamers voor 25 euro of minder per dag.
- In 15 ziekenhuizen, alle in het centrum van het land, kost een eenpersoonskamer minstens 75 euro per dag.
- Het hoogst genoteerde kamersupplement bedraagt 190 euro/dag.

Je vindt een bestand met zowel de voorschotten, de kamersupplementen en de aangekondigde maximumereloonsupplementen in elk Belgisch ziekenhuis op het online loket van je ziekenfonds alsook op **www.mloz.be** onder 'Supplementen ziekenhuizen' in de rechterbovenhoek van de onthaalpagina.

Verbod op kamersupplementen

Het ziekenhuis mag je geen kamersupplementen aanrekenen wanneer je in een **eenpersoonskamer** verblijft

- om gezondheidsredenen
- omdat de technische voorwaarden van onderzoek, behandeling of toezicht dit vereisen
- omdat er geen tweepersoonskamers of gemeenschappelijke kamers beschikbaar zijn
- bij opname op een eenheid intensieve zorg of spoedgevallen
- als je als begeleidende ouder samen met je kind in het ziekenhuis verblijft (zgn. rooming-in)



5. De keuze van de **arts**

Iedereen mag zich door een geneesheer naar keuze laten behandelen. Bij een opname in een ziekenhuis gaat de keuze van geneesheer vrijwel altijd gepaard met de keuze van het ziekenhuis. Naast de specialiteit en de faam van de geneesheer kan ook het verbintenisstatuut van geneesheren belangrijk zijn bij de keuze.

Verbintenisstatuut

De ziekenfondsen gaan verbintenissen aan met de verschillende beroepsgroepen en instellingen in de gezondheidszorg. Die verbintenissen bepalen een aantal wederzijds te respecteren regels, waaronder niet onbelangrijke prijsafspraken.

De verbintenis tussen de ziekenfondsen en de artsen, in vaktermen de 'medicomut', of nog het akkoord artsen - ziekenfondsen, legt o.a. de honorariumtarieven vast.

Artsen kunnen weigeren om tot een akkoord toe te treden. Artsen die van deze mogelijkheid gebruik maken, noemen we **niet-verbonden** of niet-geconventioneerde artsen. Artsen die wel toetreden, noemen we **verbonden** of geconventioneerde artsen. Als ze hun toetreding beperken, spreken we van **gedeeltelijk verbonden** artsen.

Aantal niet-verbonden artsen in % (cijfers voor 2011)

| Periode | Huisartsen | Specialisten |
|-----------|------------|--------------|
| 2006-2007 | 13,5 | 18,3 |
| 2008 | 12,5 | 17,6 |
| 2009-2010 | 13,0 | 20,2 |
| 2011 | 12,3 | 20 |

Sommige specialismen tellen een (beduidend) groter aantal niet-verbonden artsen dan gemiddeld (20 %):

Aantal niet-verbonden (NC) artsen per specialisme (cijfers voor 2011)

| Specialismen | % NC |
|----------------------|------|
| Bloedvatenheelkunde | 66,4 |
| Plastische heelkunde | 61,2 |
| Oftalmologie | 54,7 |
| Gynaecologie | 50,7 |
| Stomatologie | 40,8 |

Hoe weet je of een arts al dan niet verbonden is?

Elke zorgverstreker is wettelijk verplicht de patiënt duidelijk te informeren of hij al dan niet verbonden is. Gedeeltelijk verbonden verstrekkers moeten de patiënt duidelijk op de hoogte brengen van de dagen en uren waarvoor ze niet verbonden zijn.

De informatie over het verbintenisstatuut moet op zijn minst bestaan uit een duidelijke en leesbare mededeling. Op plaatsen waar meerdere verstrekkers werken, mag de informatieplicht worden georganiseerd op een gemeenschappelijke en gecentraliseerde manier.

Een verstreker die de informatieplicht niet naleeft krijgt een administratieve geldboete van 125 euro opgelegd.

Gebrek aan informatie over het verbintenisstatuut heeft gevolgen voor het ereloon dat je mag aangerekend worden. Er geldt een verbod op ereloonsupplementen:

- bij raadplegingen in het ziekenhuis, indien de patiënt niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd of de verstreker al dan niet verbonden is op het ogenblik dat de zorgen worden verleend;
- indien de patiënt niet vooraf werd geïnformeerd over de dagen en uren waarop een verstreker niet-verbonden is.

Naast de algemene informatieplicht over het verbintenisstatuut bestaat er een regeling specifiek voor ziekenhuisartsen. Een ziekenhuis moet lijsten kunnen voorleggen waarin enerzijds de ziekenhuisgeneesheren zijn opgenomen die zich verbonden hebben de verbintenisstarieven toe te passen en anderzijds de ziekenhuisgeneesheren die zich daartoe niet verbonden hebben. Je kan die lijsten raadplegen op verzoek.

Logischerwijze moeten deze lijsten alleen kunnen voorgelegd worden in ziekenhuizen die ereloonsupplementen aankondigen op meerpersoonskamers en in ziekenhuizen die verschillende ereloonsupplementen hanteren op eenpersoonskamers naargelang de arts al dan niet verbonden is.

Het ziekenfonds kan je meedelen of een bepaalde geneesheer al dan niet verbonden is. Het volstaat dat je de naam en voornaam of het identificatienummer van de geneesheer kent. Je kan natuurlijk ook de arts zelf bevragen.

Ereloonsupplementen

Wat is een ereloonsupplement ?

Het gros van de door het ziekenfonds terugbetaalde verstrekkingen is terug te vinden in de zgn. 'Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen'. Voor elke opgenomen verstrekking is een prijs, een tarief overeengekomen: het **verbintenistarief**.

Voor de meeste geneeskundige verstrekkingen is de tegemoetkoming door het ziekenfonds dezelfde als het verbintenistarief. In een aantal gevallen ligt de terugbetaling door het ziekenfonds lager dan het tarief. Het deel dat je uit eigen zak betaalt, noemt men het **remgeld**, of het **persoonlijk aandeel**. Het gedeelte dat je bovenop het tarief wordt aangerekend, is een **ereloonsupplement**. Ereloonsupplementen worden veelal uitgedrukt in een percentage. Onder een ereloonsupplement van 100 % moet verstaan worden dat de patiënt eenzelfde bedrag wordt aangerekend als het verbintenistarief.

| Schema verbintenistarief - Ereloonsupplement | | |
|---|---|---|
| Terugbetaling ziekenfonds, hier 75 % verbintenistarief | Remgeld ten laste van de patiënt, hier 25 % verbintenistarief | Ereloonsupplement ten laste van patiënt, hier 100 % bovenop het verbintenistarief |
| Terugbetaling ziekenfonds + remgeld = verbintenistarief | | Ereloonsupplement |

Ereloonsupplementen worden niet door het ziekenfonds terugbetaald. Een terugbetaling via een hospitalisatieverzekering is veelal mogelijk, afhankelijk van de in de polis vermelde grensbedragen en voorwaarden, tenminste bij hospitalisatieverzekeringen die reële kosten terugbetalen en geen dagforfait.

Hoe hoog mogen ereloonsupplementen zijn?

Er bestaat geen wettelijk maximum voor ereloonsupplementen.

Buiten de beperkingen opgelegd bij wet, akkoord of overeenkomst, mag een arts 'vrij' zijn ereloon vaststellen.

Uit de deontologische code volgt dat de arts, bij het vaststellen van zijn ereloon, gematigd en bescheiden moet zijn, en rekening mag houden met de belangrijkheid van de geleverde prestaties, de geleverde dienst en eventuele bijzondere omstandigheden. In mindere mate kunnen ook de faam van de geneesheer en de economische toestand van de patiënt een rol spelen. Een ereloon mag met andere woorden niet overdreven zijn.

De rechtbanken evalueren of een ereloon billijk is. Een arts mag niet weigeren aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger uitleg te verstrekken over zijn ereloon.

Heb je vragen rond aangerekende erelonen of ereloonsupplementen, neem dan contact op met je ziekenfonds, VOOR je betaalt.

Ziekenhuizen bepalen in een overeenkomst met de artsen de maximum ereloonsupplementen die per kamertype kunnen aangerekend worden aan gehospitaliseerde patiënten.

In 2010 bedraagt het ereloonsupplement op eenpersoonkamers maximum 100 % in 51 % van de algemene ziekenhuizen. Een derde kondigt ereloonsupplementen aan van 200 % en meer. Vijf ziekenhuissites gaan tot 400 %, bij 14 andere ziekenhuissites is 300 % de bovengrens.

Ereloonsupplementen van 25 tot 400 % door niet verbonden geneesheren zijn mogelijk:

- op tweepersoonkamers in 26 ziekenhuissites
- op gemeenschappelijke kamers in 13 ziekenhuissites

Hoe weet je welke ereloonsupplementen er aangerekend kunnen worden?

Het ziekenhuis moet je inlichten over de mogelijke ereloonsupplementen: de maxima per kamertype staan vermeld op het opnameformulier (zie p. 18). Vaak kan je die informatie ook terugvinden op de webstek van het ziekenhuis.

Het ziekenfonds kan je de ereloonsupplementen in ziekenhuizen meedelen.

Je vindt een bestand met zowel de voorschotten, de kamersupplementen en de aangekondigde maximumereloonsupplementen in elk Belgisch ziekenhuis op het online loket van je ziekenfonds alsook op www.mloz.be onder 'supplementen ziekenhuizen' in de rechterbovenhoek van de onthaalpagina.

Wie mag ereloonsupplementen aanrekenen?

Verbonden geneesheren, zowel de volledig als gedeeltelijk verbonden, moeten de verbintenistarieven respecteren voor patiënten in gemeenschappelijke en tweepersoonkamers. Zij mogen, behoudens uitzondering, ereloonsupplementen aanrekenen aan patiënten op eenpersoonkamers.

Niet-verbonden geneesheren mogen, behoudens uitzondering, ereloonsupplementen aanrekenen ongeacht de door de patiënt gekozen kamer.

Ereloonsupplementen mogelijk bij een ziekenhuisverblijf

| Type kamer | Verbonden arts | Niet-verbonden arts |
|--------------------|----------------|---------------------|
| Gemeenschappelijke | Neen | Ja |
| Tweepersoonkamer | Neen | Ja |
| Eenpersoonkamer | Ja | Ja |

De tabel geeft enkel het algemene principe en houdt geen rekening met het verbod op ereloonsupplementen zoals bepaald bij wet, akkoord of overeengekomen tussen de arts en het ziekenhuis.

Geen enkele arts mag ereloonsupplementen aanrekenen

- op de forfaitaire honoraria klinische biologie en medische beeldvorming onafhankelijk de kamerkeuze;
- voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, als de patiënt voorafgaandelijk niet uitdrukkelijk werd geïnformeerd over zijn verbintenistatuut op het moment van de verstrekking.

Verbod op ereloonsupplementen voor **verbonden artsen**

| Gemeenschappelijke kamer / tweepersoonskamer | Eenpersoonskamer |
|--|--|
| <p>Er geldt een algemeen verbod.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Om gezondheidsredenen • Omdat de technische voorwaarden van onderzoek, behandeling of toezicht dit vereisen • Omdat er geen tweepersoonskamers of gemeenschappelijke kamers beschikbaar zijn • Bij een opname op een eenheid intensieve zorg of spoedgevallenzorg • Als het gaat om een kind dat samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft (zgn. rooming-in) die geen document ondertekende waarin uitdrukkelijk om een eenpersoonskamer wordt gevraagd |

Verbod op ereloonsupplementen voor **niet-verbonden artsen**

| Gemeenschappelijke kamer / tweepersoonskamer | Eenpersoonskamer |
|---|---|
| <p>Bij een opname in een tweepersoonskamer</p> <ul style="list-style-type: none"> • om gezondheidsredenen • omdat de technische voorwaarden van onderzoek, behandeling of toezicht dit vereisen • omdat er geen gemeenschappelijke kamers beschikbaar zijn <p>Bij een opname op een eenheid intensieve zorg of spoedgevallenzorg</p> <p>Als het gaat om een kind dat samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft (zgn. rooming-in)</p> <p>Voor patiënten met:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de verhoogde tegemoetkoming (en hun personen ten laste) • het forfait chronisch zieken • de tegemoetkoming incontinentiemateriaal • de tegemoetkoming palliatieve zorg of die opgenomen zijn in een ziekenhuisdienst palliatieve zorg • verhoogde kinderbijslag | <p>Bij een opname in een eenpersoonskamer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • om gezondheidsredenen • omdat de technische voorwaarden van onderzoek, behandeling of toezicht dit vereisen • omdat er geen andere kamertypes beschikbaar zijn <p>Bij een opname op een eenheid intensieve zorg of spoedgevallenzorg</p> <p>Als het gaat om een kind dat samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft (zgn. rooming-in) die geen document ondertekende waarin uitdrukkelijk om een eenpersoonskamer wordt gevraagd</p> |

Paramedici en ereloonsupplementen

Bij paramedici maakt men, net als bij de geneesheren, een onderscheid tussen verbonden en niet-verbonden verstrekkers.

- Een **niet-verbonden verstrekker** (in de praktijk veelal beperkt tot een enkele kinesitherapeut) mag ongeacht de keuze van de kamer ereloonsupplementen vragen. Hij moet de verbintenistarieven respecteren voor rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming. De terugbetaling van het ziekenfonds voor de verstrekkingen van niet-verbonden verstrekkers ligt een kwart lager dan voor de verbonden collega's, behoudens voor de rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming.
- **Verbonden verstrekkers** moeten de verbintenistarieven respecteren ongeacht de kamerkeuze. In tegenstelling tot verbonden artsen, mogen verbonden paramedici geen ereloonsupplementen aanrekenen aan patiënten die een eenpersoonskamer hebben gekozen.

6. Het voorschot

Bij een opname in een ziekenhuis kan een voorschot worden gevraagd. Het ziekenhuis mag het bedrag daarvan zelf bepalen, zolang het de maxima in de onderstaande tabel niet overschrijdt. Er mag een nieuw voorschot gevraagd worden voor elke nieuwe verblijfsperiode van 7 dagen. Ook in dit geval blijven de ondervermelde maxima van kracht.

| Maximumvoorschotten bij ziekenhuisopname | | |
|--|--|--|
| Verzekerde | Gemeenschappelijke & tweepersoonskamer | Eenpersoonskamer |
| Gewone verzekerde | € 150 | € 150 verhoogd met 7 maal het supplement voor de kamer |
| Kinderen PTL (*) van gewone verzekerde | € 75 | € 75 verhoogd met 7 maal het supplement voor de kamer |
| Verzekerden met verhoogde tegemoetkoming + PTL | € 50 | € 50 verhoogd met 7 maal het supplement voor de kamer |

(*) PTL = personen ten laste

Twee derde van de algemene ziekenhuizen vraagt medio 2010 een voorschot op gemeenschappelijke en tweepersoonskamers. In twee op de drie gevallen wordt het maximum gevraagd.

Twee derde van de algemene ziekenhuizen vraagt een voorschot op eenpersoonskamers. Je betaalt vanaf 300 euro in de helft van de algemene ziekenhuizen die een voorschot vragen. In vijf instellingen betaal je meer dan 1.000 euro voorschot. Het maximum bedraagt 1.319 euro (cijfers 2010).

Het ziekenhuis kan geen opname tegen de prijs van een gemeenschappelijke kamer weigeren aan patiënten die niet in staat zouden zijn om het voorschot te betalen.

Er mag geen voorschot gevraagd worden bij een behandeling in one day, behalve wanneer je kiest voor een eenpersoonskamer. In dat geval bedraagt het voorschot maximaal het bedrag van het kamersupplement voor die eenpersoonskamer.

Vraag steeds een duidelijk ontvangstbewijs als je een voorschot betaalt. Kijk goed na of het voorschot in mindering werd gebracht op de verblijfsfactuur.

Bedragen die door geneesheren worden gevraagd als voorschot op hun ereloon zijn onwettig.

Het ziekenhuis kan je de te betalen voorschotten meedelen. Ze staan ook vermeld op het opnameformulier. Het ziekenfonds kan je voor elk ziekenhuis meedelen welke voorschotten er gevraagd worden.

Je vindt een bestand met zowel de voorschotten, de kamersupplementen en de aangekondigde maximumereloonsupplementen in elk Belgisch ziekenhuis op het online loket van je ziekenfonds alsook op www.mloz.be onder 'supplementen ziekenhuizen' in de rechterbovenhoek van de onthaalpagina.



7. Formulieren bij opname

Bij een opname in het ziekenhuis krijg je een bundel documenten ter ondertekening aangeboden. Deze bundel omvat drie, soms vier, documenten:

- een opnameverklaring
- een toelichting bij de opnameverklaring
- een prijslijst goederen en diensten
- een verklaring 'opname van een kind met begeleidende ouder' in geval van rooming-in

De patiënt of zijn vertegenwoordiger ondertekent de opnameverklaring (of de verklaring bij rooming-in) uiterlijk bij de aanvang van de opname. Het ziekenhuis en de patiënt ontvangen elk een exemplaar.

Bij een spoedopname gebeurt dit zodra de patiënt daar fysiek en mentaal toe in staat is, tenzij dit bij opname is gebeurd door zijn vertegenwoordiger.

Het ziekenhuis zorgt ervoor dat de opnameverklaring volledig is ingevuld en dat alle bedragen en percentages zijn geactualiseerd. Het zorgt er ook voor dat alle andere gevraagde informatie wordt verstrekt.

Elke informatie of clausule in een ander document dan de opnameverklaring die strijdig is met de informatie of de bedragen daarin vermeld, is nietig.

Opnameverklaring

Er bestaan drie licht verschillende modellen te gebruiken bij:

- een opname in een algemeen ziekenhuis
- een daghospitalisatie in een algemeen ziekenhuis
- een opname in een psychiatrisch ziekenhuis

Je geeft met dit document (2 blz.) te kennen of je verzorgd wil worden tegen verbintenistarief dan wel volgens het statuut van de arts.

Verzorging tegen verbintenistarief betekent dat je nooit ere-loossupplementen aangerekend kan krijgen. De kamerkeuze is dan beperkt tot een kamer met meer dan één bed en mogelijk is de keuze van artsen beperkt.

Verzorging volgens het statuut van de arts betekent dat er wel ere-loossupplementen kunnen aangerekend worden naargelang de kamerkeuze en het verbintenisstatuut van de arts. De keuze van kamer en arts is vrij.

Het ziekenhuis vermeldt naargelang je keuze het te betalen voorschot, het eventuele kamersupplement per dag in euro alsook het eventuele ere-loossupplement in procent of in euro.

De opnameverklaring geeft verder een algemeen overzicht van de financiële voorwaarden, zowel de wettelijke vastgelegde als deze van het ziekenhuis:

- **De vaste kosten ten laste van iedere patiënt, ongeacht het kamertype:** het persoonlijk aandeel in de verpleegdag, het geneesmiddelenforfait en het remgeld in de forfaitaire honoraria.
- **De kosten ten laste van de patiënt, rekening houdend met het kamertype:** het kamersupplement per dag in euro en de ere-loossupplementen in procent (of euro).

Je bevestigt bij ondertekening dat je de hele bundel documenten hebt ontvangen die je moet krijgen en dat je weet hebt van je recht op informatie over de kosten van je keuze of de kosten van je medische behandeling.

Toelichting bij de opnameverklaring

Er bestaan twee licht verschillende modellen te gebruiken bij:

- een opname in een algemeen ziekenhuis
- een opname in een psychiatrisch ziekenhuis

Dit document (4 blz.) geeft bijkomende informatie over de kosten die je aangerekend kunnen worden opgedeeld naargelang de vijf factoren die ze meest beïnvloeden. Je vindt ook twee tabellen die de algemene principes en de talrijke uitzonderingen weergeven inzake de aanrekening van kamer- en ere-loossupplementen.

Prijslijst goederen en diensten

Het ziekenhuis gebruikt een overzichtslijst naar keuze met de actuele prijzen van de meest door patiënten in het ziekenhuis gevraagde goederen en diensten.

Voor zover het ziekenhuis ze te koop of te huur aanbiedt, omvat de lijst minstens de volgende rubrieken:

- **Kamercomfort:** telefoon, koelkast, televisie, internetaansluiting, ...
- **Kosten voor begeleidende persoon:** bed, maaltijden, dranken, ...
- **Eten en drinken:** bijkomende maaltijden/snacks, tussendoortjes, dranken, ...
- **Hygiëneproducten en toiletartikelen:** zeep, tandenborstel, tandpasta, kam, scheergerei, lippenzalf, papieren zakdoekjes, ...
- **Persoonlijk wasgoed**
- **Andere diensten:** manicure/pedicure, kapper, ...
- **Andere goederen:** pen & papier, fopspeen, papfles, oordopjes, krukken, ...

Opname van een kind met begeleidende ouder

Als een kind samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft (zgn. 'rooming-in') mogen er geen kamersupplementen noch ere-loossupplementen in rekening gebracht worden. Je kan echter uitdrukkelijk kiezen voor een eenpersoonskamer en verzaken aan een opname tegen verbintenistarief. Je ondertekent hiertoe een specifieke verklaring (1 blz.) die wordt voorgelegd samen met de gewone opnameverklaring en de andere verplichte documenten.



8. Het ziekenhuis **verlaten**

Ontslag

In principe verlaat je het ziekenhuis wanneer de arts beslist dat je naar huis mag.

Net zoals je het recht hebt om elk onderzoek en iedere behandeling te weigeren, mag je uit een ziekenhuis vertrekken wanneer jij dat wenst. Als je het ziekenhuis verlaat tegen het advies van de arts in, kan men je vragen om een verklaring ('een décharge') te ondertekenen, waardoor de arts wordt ontslagen van elke verantwoordelijkheid voor de eventuele gevolgen van je vertrek.

Rapportage/Medisch dossier

Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt een ontslagverslag opge maakt. Het ontslagverslag omvat twee luiken:

- **Het voorlopige verslag dat de onmiddellijke continuïteit van de zorg waarborgt.** Dat verslag bevat alle informatie die het voor elke door de patiënt geconsulteerde arts moet mogelijk maken de continuïteit van de zorg te verzekeren. Het wordt meegegeven met de patiënt dan wel bezorgd aan de behandelende arts en iedere betrokken arts.
- **Het volledige verslag over het ziekenhuisverblijf, ondertekend door de arts die voor de patiënt verantwoordelijk is.** Dat verslag omvat de meest kenmerkende anamnesticke, klinische, technische en therapeutische gegevens over de hospitalisatie en de vereiste nazorg. Het wordt door de arts van het ziekenhuis overgemaakt aan een de door de patiënt aangewezen arts.

Inzage medisch dossier

De patiënt heeft een rechtstreeks inzagerecht in zijn dossier zonder de tussenkomst van een andere zorgverlener, bijvoorbeeld een arts. De persoonlijke notities van de zorgverlener en gegevens die betrekking hebben op derden zijn niet consulteerbaar.

Een zorgverlener mag de rechtstreekse inzage uitzonderlijk weigeren voor zover het meedelen van de informatie ernstig nadeel zou meebrengen voor de gezondheid van de patiënt. Er wordt dan een schriftelijke motivering toegevoegd aan het dossier. Je kan dan wel een zorgverlener aanwijzen die het in jouw plaats consulteert.

De patiënt heeft recht op een kopie van zijn dossier tegen vastgesteld tarief: maximaal 0,10 euro per pagina tekst op papier en max 5 euro per beeld van medische beeldvorming. Er geldt hiernaast een algemeen maximum van 10 euro voor pagina's op digitale drager en 25 euro per opvraging.

De zorgverlener mag een kopie alleen weigeren indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet door een derde om het dossier te verkrijgen, bijvoorbeeld een werkgever.

Hij moet binnen een termijn van 15 dagen gevolg geven aan het verzoek van de patiënt om inzage of kopie.

Kritiek en klachten

Ziekenfonds

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben een **dienst leden-vedediging** waar je terecht kan met alle vragen, betwistingen of klachten inzake artsen en ziekenhuizen, gaande van het vermoeden van een medische fout tot onenigheid over honorarium- en factuurbedragen.

Ziekenhuis

In elk ziekenhuis moet er in uitvoering van de wet op de rechten van de patiënt beschikken een ombudspersoon zijn die bevoegd is voor de klachten met betrekking tot de acht door de wet bepaalde rechten.

Wat zijn de rechten van de patiënt?

- Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening
- Recht op vrije keuze van de zorgverlener
- Recht op informatie over de gezondheidstoestand
- Recht op toestemming
- Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier en recht op rechtstreekse inzage in dat dossier
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- Recht op klachtenbemiddeling
- Recht op pijnbestrijding

Federale ombudsdienst

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, heeft een Federale Commissie 'Rechten van de patiënt' die klachten behandelt over de werking van de ombudsfunctie in de ziekenhuizen.

De ombudsdienst van die commissie behandelt de klachten uit de ambulante sector en verwijst klachten van patiënten in ziekenhuizen door naar de bevoegde ombudspersoon in het ziekenhuis. De federale ombudsdienst is geen instantie waar bij je in beroep kan gaan. Ze bestaat uit een Nederlandstalige en een Franstalige ombudspersoon.

Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt
Eurostation blok 2
Victor Hortaplein 40 bus 10
1060 Brussel
Mevr. Sylvie Gryson, Tel.: 02 524 85 20
sylvie.gryson@health.fgov.be

Thuiszorg

Na een ontslag uit het ziekenhuis kan je aangewezen zijn op derden voor verdere verzorging. We zitten dan op het terrein van de thuiszorg.

Onder de thuiszorgdiensten vinden we o.a.:

- thuisverpleging
- gezinszorg
- poets hulp
- klusjesdienst
- ziekenvervoer
- thuisoppas
- zorgverblijf
- kortverblijf
- woninginrichting, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen
- uitleendienst
- personenalarmsysteem
- administratie en financiën
- zorgverzekering

Uw ziekenfonds kan instaan voor de organisatie en coördinatie van thuiszorg op jouw maat. Thuiszorg vraagt heel wat voorbereiding, neem dus tijdig contact op. Voor bepaalde diensten kan een wachtlijst bestaan.

9. Overlijden

De aangifte

Een overlijden moet aangegeven worden aan de ambtenaar van de burgerlijke stand, die een akte van overlijden opmaakt. Bij een overlijden in een ziekenhuis onderneemt de instelling zelf de nodige stappen.

Uitkering voor begrafeniskosten (*)

(*) begrafenis kan hier ook gelezen worden als crematie

Indien de overledene loontrekkende was, werkloos, arbeidsongeschikt erkend door het ziekenfonds of gerechtigde op een rustpensioen als werknemer, dan zal het ziekenfonds een zogeheten uitkering voor begrafeniskosten betalen.

Die uitkering bedraagt **148,74 euro** en wordt betaald aan de persoon die werkelijk de begrafeniskosten heeft gedragen.

Daarvoor moet een aanvraagformulier worden ingevuld, verkrijgbaar bij het ziekenfonds van de overledene. De voor kwijting betaalde factuur van de begrafenis moet bijgevoegd worden.

Transplantatie

Personen die overlijden in een ziekenhuis zijn potentiële orgaandonoren. Niet iedereen komt in aanmerking voor het wegnemen van weefsels en organen met het oog op transplantatie. Natuurlijk gelden er ook per orgaan specifieke voorwaarden.

Voor orgaandonatie geldt de algemene regel 'zwijgen is toestemmen'. Indien je expliciet voor of tegen bent, maak je dit best bij leven duidelijk.

Verzet aantekenen, evenals zich uitdrukkelijk donor verklaren, gebeurt door middel van eenzelfde formulier dat door **het gemeentebestuur van je woonplaats** ter beschikking wordt gesteld. De wilsbeschikking wordt centraal geregistreerd bij Volksgezondheid. Het transplantatiecentrum kan hier je wilsuitdrukking natrekken.

Een arts mag niet tot wegname overgaan als de donor zich op een of andere wijze heeft verzet en voor zover aan de arts daarvan kennis is gegeven. Hij hoeft geen rekening te houden met een eventueel verzet van nabestaanden.

Er worden de donor geen kosten aangerekend voor de wegname van organen met het oog op transplantatie. Hij kan er evenmin betaling voor eisen.

Autopsie

Een autopsie is een lijkopening met onderzoeksdoeleinden. Traditioneel onderscheidt men drie vormen: de gerechtelijke, de politie en de **klinische of wetenschappelijke autopsie**. Die laatste wordt verricht om de juiste doodsoorzaak te kennen, als diagnosecontrole, uit wetenschappelijke interesse. Ze is van onbetwistbaar belang voor de nabestaanden, de arts, het medisch onderzoek en de samenleving in het algemeen.

Bij een klinische autopsie wordt het lichaam niet verminkt en worden er geen organen weggenomen. Er worden weefselfragmenten weggenomen, waarvan een deel wordt geprepareerd en/of ingebed in parafineblokjes die anoniem bewaard worden.

Eenieder kan zich bij leven verzetten tegen of de toestemming geven voor een klinische autopsie. Arts en familie moeten zich dan bij de wilsbeschikking van de overledene neerleggen. Veelal heeft de betrokkene echter niets ter zake bepaald.

Hoewel de wet in dit geval niet bepaalt dat de familie moet gepolst worden, is het de gewoonte de nabestaanden te vragen of er bezwaren zijn. De rechtsleer gaat ervan uit dat nabestaanden het recht hebben in een autopsie toe te stemmen of deze te weigeren.

Teneinde de toestemming niet te moeten vragen, vermelden sommige ziekenhuizen in hun onthaalinformatie dat de patiënt bij overlijden eventueel aan een autopsie zal worden onderworpen tenzij hijzelf of de nabestaanden zich daartegen verzetten. De toestemming in de vorm van een 'geen bezwaar', kan dan worden afgeleid uit het stilzwijgen van de patiënt, op voorwaarde dat hij van die bepaling heeft kennisgenomen en ze aanvaardt.

Bij elk onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind jonger dan 18 maanden, wordt er automatisch een autopsie uitgevoerd om de doodsoorzaak op te sporen, tenzij één van de ouders zich daartegen schriftelijk verzet.

Legaat van het lichaam

Als je je lichaam ter beschikking stelt van de wetenschap, wordt het gebruikt voor studiedoeleinden in de artsopleiding. Vaak worden organen of andere lichaamsdelen verwijderd en op formol gezet voor latere dissectie.

Er bestaat geen reglementering over de te volgen procedure. Je neemt bij leven contact op met een **universitair centrum** waar geneeskunde wordt gedoceerd. Je maakt je bedoeling kenbaar met een eigenhandig geschreven, gedateerd en ondertekend document. Documenten en modaliteiten kunnen verschillen naargelang de gecontacteerde universiteit.



10. De facturatie

Eenheidsfactuur, centrale inning

De ziekenhuizen moeten hun patiënten ten laatste twee maanden na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt een globale factuur toesturen. Bij een langdurig verblijf zal het ziekenhuis een maandelijkse afrekening sturen.

Alle bedragen, zelfs de te betalen honorariumsupplementen moeten op die factuur voorkomen. De factuurbedragen moeten op eenzelfde dan wel op twee verschillende rekeningen gestort worden.

De ziekenhuizen zijn verplicht hun patiënten een factuur toe te sturen volgens een uniform model: **'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt'**.

Aangezien in bepaalde ziekenhuizen de honoraria (of een gedeelte ervan) geïnd worden door de Medische Raad, kan je naast het 'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt' ook nog eens een 'Honorariumnota' toegestuurd krijgen. Die 'Honorariumnota' moet ook zijn opgemaakt volgens de voorgeschreven lay-out.

Betaal nooit honoraria of andere bedragen die aangerekend worden met een document dat verschilt van het opgelegde factuurmodel.

Derdebetaler

Voor gehospitaliseerde patiënten is de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht.

De derdebetalersregeling betekent dat het ziekenfonds-aandeel in de kosten rechtstreeks wordt vereffend met het ziekenhuis, zodat je zelf alleen het verschil betaalt, nl. het persoonlijk aandeel plus de eventuele supplementen.

Wat, wanneer en hoe betalen?

De gebruikelijke termijn om een factuur te betalen is 30 dagen. Het is nuttig het origineel of een kopie van de betaalde factuur te bewaren.

- **Controleer de factuur VOORALEER je betaalt.** Wanneer je eenmaal betaald hebt, gaat de rechtspraak ervan uit dat je het eens was met de aangerekende bedragen. De terugbetaling vorderen van te veel betaalde bedragen is dan nog slechts mogelijk, indien het om vergissingen gaat of wanneer er wettelijke bepalingen met de voeten werden getreden.
- **Weet wat je betaalt.** Je hebt de mogelijkheid en het recht details of uitleg te vragen over de aangerekende bedragen.
- **Weiger niet botweg wat dan ook te betalen** als je denkt dat één en ander niet mag aangerekend worden of als de factuur geen steek houdt. Laat in een brief weten dat je de betaling uitstelt in afwachting van uitleg of een herziening. Bewaar een kopie van zowel de vraag als het antwoord.
- **Contacteer de dienst ledenverdediging** van het ziekenfonds bij al je vragen, twijfels, problemen of klachten. Doe dit ook VOOR je betaalt.
- **Betaal nooit voorschotten aan een geneesheer.**
- **Betaal zoveel mogelijk per storting of overschrijving.** De rekeninguittreksels gelden als betalingsbewijs.
- **Eis altijd een gedetailleerd ontvangstbewijs bij een directe betaling.**

Verjaring

Een ziekenhuisfactuur of honorariumnota die wordt aangeboden meer dan 2 jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt, hoeft niet meer betaald te worden. Ze is verjaard.

Je moet de verjaring wel invoeren. Dat doe je door de arts of het ziekenhuis schriftelijk te laten weten dat je geen betaling meer verschuldigd bent op grond van art. 2277bis Burgerlijk Wetboek.



11. De patiëntenfactuur

Ziekenhuizen zijn verplicht de patiënt een factuur toe te sturen volgens een vastgelegd model met een verplichte lay-out en rubrieknummering. De patiëntenfactuur heet officieel '**Uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt**', omdat het gaat om een samenvatting van de meer gedetailleerde factuur die het ziekenhuis naar het ziekenfonds heeft verstuurd. De inhoud van en de bedragen op beide facturen moeten identiek zijn. Op de patiëntenfactuur kan je zes genummerde rubrieken vinden, voorafgegaan door de identificatiegegevens van het ziekenhuis en de patiënt en gevolgd door de afrekening.

Die zes rubrieken zijn:

1. Verblijfskosten
2. Apotheekkosten (farmaceutische en parafarmaceutische), kost van implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen
3. Medische en paramedische honoraria
4. Andere leveringen
5. Diverse kosten
6. Dringend ziekenvervoer

Bij patiënten die het voordeel van de maximumfactuur genieten op het ogenblik van de opname, vermeldt het ziekenhuis dit op de patiëntenfactuur met de clause 'recht op de maximumfactuur in (jaartal)'. De persoonlijke aandelen worden, de rest van het jaar, volledig vergoed door het ziekenfonds met uitzondering van het persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en de verpleegdag vanaf de 366e dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze vermelding zal ook een dubbele tenlasteneming van de persoonlijke aandelen door een hospitalisatieverzekeraar vermijden.

Wanneer persoonlijke aandelen en supplementen ten laste genomen worden door een derde op basis van een contractuele of wettelijke bepaling, door een OCMW bijvoorbeeld, vermeldt het ziekenhuis onderaan de factuur het bedrag ten laste van de patiënt dat rechtstreeks aan deze derde wordt gefactureerd.

Identificatie van het ziekenhuis en van de patiënt

Bovenaan de patiëntenfactuur vind je de naam en het adres van het ziekenhuis en de patiënt. Het ziekenhuis vermeldt datum en uur van opname en ontslag evenals het nummer en de datum van de verpleegnota.

Rubriek I. verblijfskosten

Verblijfskosten bij opname

Bedrag per opname, bedrag per verpleegdag, persoonlijk aandeel

Voor elke dag dat je opgenomen bent, betaalt het ziekenfonds een dagprijs. Die is verschillend van instelling tot instelling en schommelt tussen 293 en 806 euro/dag in een acuut ziekenhuis (prijzen sinds 1 januari 2011).

Je vindt die dagprijs niet terug op de patiëntenfactuur. Het ziekenfonds betaalt ongeveer 80 % van het totaal verschuldigde bedrag aan het ziekenhuis in de vorm van maandelijke voorschotten. De rest, ongeveer 20 %, wordt aangerekend in de vorm van een bedrag per opname en een bedrag per verpleegdag. Die bedragen staan wel vermeld op de patiëntenfactuur.

Het bedrag per opname is niet verschuldigd in puur geriatrische ziekenhuizen, op revalidatiediensten (Sp-diensten), diensten voor de behandeling van zware brandwonden en in psychiatrische ziekenhuizen. Het mag wel aangerekend worden in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

De **verblijfskosten** dekken op forfaitaire wijze alle kosten voor het verblijf en de verzorging inclusief verpleegkunde, met uitzondering van de geneesmiddelen, de honoraria van geneesheren en paramedici, implantaten en prothesen.

Je betaalt per verpleegdag altijd een **persoonlijk aandeel** onafhankelijk van de keuze van de kamer. Omdat bij het bekijken van de factuurbedragen niet de indruk zou ontstaan dat de bedragen ten laste van de patiënt eerder hoog zouden zijn in vergelijking met de bedragen ten laste van het ziekenfonds, wordt de totale verblijfskost vermeld middels een opdruk in vette letters: "**Ter informatie: de totale kost van uw verblijf bedraagt ... euro. Een deel hiervan wordt rechtstreeks door uw ziekenfonds aan het ziekenhuis betaald: enerzijds via maandelijke voorschotten en anderzijds via het hiervoor vermelde bedrag per opname en per dag. Uw persoonlijke bijdrage in die kost bedraagt ... euro.**"



Persoonlijk aandeel in de verpleegdag bij opname in een ziekenhuis (bedragen in euro, geldig voor 2011)

| Statuut verzekerde | 1ste dag(*) | 2e tot 90e dag (*) | vanaf de 91e dag (*) |
|---|-------------|--------------------|----------------------|
| Verzekerden met VT (**) en hun PTL (***) | 5,12 | 5,12 | 5,12 |
| Kinderen PTL van verzekerden zonder VT | 32,39 | 5,12 | 5,12 |
| Verzekerden met PTL en hun PTL (met uitzondering van de kinderen) | 41,70 | 14,43 | 5,12 |
| Verzekerden zonder PTL | 41,70 | 14,43 | 14,43 |
| Volledig werklozen -met gezinslast of alleenstaanden, die gedurende ten minste 12 maanden een uitkering krijgen en hun PTL (met uitzondering van de kinderen) | 32,39 | 5,12 | 5,12 |
| Gerechtigden die alimentatiegeld betalen bij gerechtelijke beslissing of notariële akte en hun PTL (met uitzondering van de kinderen) | 41,70 | 14,43 | 5,12 |

(*) dagbedragen in euro - de bedragen worden elk jaar per 1 januari geïndexeerd

(**) verhoogde tegemoetkoming (vroeger WIGW met voorkeurregeling)

(***) personen ten laste

In psychiatrische ziekenhuizen gelden andere bedragen dan deze vermeld in de tabel vanaf de eerste dag van het 6de verblijfsjaar. Een nieuwe opname binnen de 90 dagen na een vorig verblijf (6 maanden in een psychiatrische instelling), wordt beschouwd als de voortzetting van het eerste verblijf.

Het kamersupplement

Naast het persoonlijk aandeel betaal je een supplement voor de kamer indien je gekozen hebt voor een eenpersoonskamer.

Als je in orde bent met de aanvullende verzekering, is het mogelijk dat het ziekenfonds een deel van de hospitalisatiekosten voor zijn rekening neemt, middels een vast bedrag per dagopname.

Hospitalisatieverzekeringen vergoeden een vast bedrag per dag of nemen het volledige kamersupplement en het persoonlijk aandeel ten laste, al dan niet met

een franchise.

De dag van vertrek en de dag van opname worden als één enkele dag gefactureerd, BEHALVE indien de opname vóór 12.00 uur EN het vertrek na 14.00 uur plaatsvonden. Als je het ziekenhuis vóór 14.00 uur verlaat, spaar je dikwijls een dag. Volgens de rechtspraak is het moment waarop de kamer vrijkomt voor een andere zieke, bepalend voor het uur van vertrek. Als er weekendverlof wordt toegekend in een algemeen ziekenhuis, is in geen geval het bedrag per verpleegdag en dus evenmin een persoonlijk aandeel verschuldigd voor de dagen dat je afwezig bent. Je bed blijft voorbehouden, er mogen geen reserveringskosten worden gefactureerd. In psychiatrische ziekenhuizen geldt een specifieke verlofregeling.

Forfait geneesmiddelen

Elke patiënt betaalt per dag een forfaitair bedrag van **0,62 euro** voor de terugbetaalbare geneesmiddelen, ongeacht of hij er geen, weinig of veel kreeg toegediend. Voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen (pijnstillers, slaapmiddelen, ...) betaalt elke patiënt wat hij verbruikt heeft. In psychiatrische instellingen betaalt elke patiënt een forfaitair bedrag van 0,80 euro per dag voor alle geneesmiddelen, ongeacht of ze terugbetaalbaar zijn of niet. Dat forfait mag worden doorgefactureerd als de patiënt de instelling voor korte tijd (weekend, minitrip, ...) verlaat.

Forfaitaire honoraria

In de rubriek van de verblijfskosten worden de forfaitaire honoraria per verpleegdag vermeld. Het gaat hier om maximaal twee forfaitaire honoraria voor klinische biologie, waarvan het bedrag verschilt naargelang het ziekenhuis. Deze forfaitaire honoraria zijn integraal ten laste van het ziekenfonds. Er mogen geen supplementen op die forfaits worden aangerekend.

| Kamersupplement | |
|--------------------------|--|
| Gemeenschappelijke kamer | Je betaalt alleen het persoonlijk aandeel, geen kamersupplement. |
| Tweepersoonskamer | |
| Eenpersoonskamer | Je betaalt naast het persoonlijk aandeel een door het ziekenhuis vastgesteld kamersupplement. Er is geen maximum bepaald, de bedragen schommelen tussen 5 en 190 euro/dag. |

Verblijfskosten in one day

Meer en meer onderzoeken en ingrepen worden uitgevoerd tijdens een dagopname verblijf in een ziekenhuis zonder dat je er overnacht.

Het volstaat dat je 's morgens binnengaat om diezelfde avond of reeds na een paar uren het ziekenhuis weer te verlaten. Zulke verblijven worden aangeduid met de term 'dag-hospitalisatie', 'dagopname', 'one day clinic' of 'one day'.

De onderzoeken en ingrepen die in one day kunnen uitgevoerd worden zijn talrijk en divers, bv. behandeling van een hernia, ooglensimplantaat, meniscusextractie, baarmoeder-curettagage, amandelextractie, besnijdenis, ingreep wegens strabisme, ...

Bedrag per opname, bedrag per verpleegdag of forfait one day

Voor een 'one day'-verblijf bestaan er twee verschillende facturatiemethoden. Men maakt een onderscheid tussen het zogeheten chirurgisch dagziekenhuis en de daghospitalisatie. Je kan onmogelijk vooraf uitmaken welke facturatiemethode er in jouw geval van toepassing zal zijn.

Chirurgisch dagziekenhuis

Voor een 250-tal 'one day'-behandelingen wordt het verblijf gefactureerd net als bij een klassieke opname: met een bedrag per opname en een bedrag per verpleegdag ten laste van het ziekenfonds. Je betaalt echter geen persoonlijk aandeel.

Je vindt de bedragen terug in de rubriek 'verblijfskosten hospitalisatie en chirurgisch dagziekenhuis'.

Daghospitalisatie

Voor andere 'one day'-behandelingen wordt er geen bedrag per opname noch een bedrag per verpleegdag aangerekend ten laste van het ziekenfonds, maar wel een forfait. Je betaalt hierop geen persoonlijk aandeel.

Er bestaan verschillende soorten forfaits naargelang de aard van de uitgevoerde verstrekking. Er bestaat een mini- en een maxiforfait, waarvan het bedrag verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Het miniforfait bedraagt van 30,39 tot 134,53 euro, het maxiforfait van 60,78 tot 269,05 euro (bedragen sinds 1 januari 2011). Daarnaast bestaan er zeven forfaits van 156,08 tot 275,37 euro naargelang de uitgevoerde verstrekking thuishoort in een bepaalde groep (bedragen sinds 1 januari 2011).

Tot slot zijn er drie forfaits van 94,76 tot 218,50 euro naargelang de geleverde verstrekking voor de behandeling van chronische pijn in het dagziekenhuis (bedragen sinds 1 januari 2011). Je vindt de forfaits terug in de rubriek 'verblijfskosten daghospitalisatie'. Het bedrag van de forfaits wordt elk jaar geïndexeerd op 1 januari.

Kamersupplement

Net als bij een klassieke opname krijg je bij een 'one day'-opname een te ondertekenen opnameformulier waarop je je kamerkeuze bekend maakt.

Als je kiest voor een eenpersoonskamer, dan mag het ziekenhuis:

- een kamersupplement aanrekenen (het bedrag staat vermeld op het formulier);
- een voorschot vragen (het bedrag staat vermeld op het opnameformulier en bedraagt maximaal het bedrag van het supplement voor een eenpersoonskamer).

Het ziekenhuis mag geen kamersupplement aanrekenen noch een voorschot vragen in geval van een miniforfait, hemodialyse of gebruik van de gipskamer.

Forfait geneesmiddelen en forfaitaire honoraria

In one day wordt er geen geneesmiddelenforfait aangerekend, noch forfaitaire honoraria per verpleegdag.

Rubriek II APOTHEEK - FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN – KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN

Farmaceutische en parafarmaceutische producten

De geneesmiddelen zijn, op basis van hun therapeutische waarde en sociale overwegingen, onderverdeeld in verschillende terugbetalingscategorieën. Bepaalde geneesmiddelen, van de zgn. categorie A (cf. insuline), worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds en zijn voor de patiënt gratis (tenzij het gaat om een ambulant afgeleverde specialiteit waarvoor er een goedkoper generisch equivalent bestaat). Voor andere geneesmiddelen moet je remgeld betalen, en voor geneesmiddelen van de zgn. categorie D is er geen terugbetaling door het ziekenfonds. Ze zijn volledig ten laste van de patiënt. De ziekenhuisfactuur vermeldt in afzonderlijke rubrieken de terugbetaalbare geneesmiddelen onder de titel 'vergoedbare producten' en de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen onder de titel 'niet-vergoedbare producten'. De parafarmaceutische producten worden onder nog een andere titel vermeld.

De parafarmaceutische producten worden onder nog een andere titel vermeld.

Vergoedbare producten

Opname

Bij een opname in het ziekenhuis van tenminste één nacht, betaal je geen remgeld per toegediend terugbetaald geneesmiddel. In de plaats daarvan betaalt elke patiënt per dag een forfaitair bedrag van 0,62 euro, los van het aantal toegediende vergoedbare producten en de kostprijs ervan.

Je vindt het forfait in de rubriek 'verblijfskosten'.

De terugbetaalbare geneesmiddelen worden daarom alleen op de factuur vermeld met een totaalbedrag ten laste van het ziekenfonds – veelal in de vorm van een forfait per opname – zonder details per product.

'One day'

In 'one day' wordt er geen geneesmiddelenforfait aangerekend. Je betaalt in daghospitalisatie de remgelden per toegediend terugbetaald geneesmiddel.

Alle geneesmiddelen worden gefactureerd naargelang het verbruik en het persoonlijk aandeel wordt berekend op basis van de categorie waartoe het geneesmiddel behoort.

Parafarmaceutische producten

Het ziekenhuis geeft in alle gevallen een omschrijving van de verstreckte producten. Veelal gaat het om zaken die door de ziekenhuisapothek geleverd worden, maar geen echte geneesmiddelen zijn.

Implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen

Vergoedbare implantaten & prothesen

Voorbeelden van implantaten zijn: een intraoculaire lens, pacemaker, hartklep, neurostimulator, heup-, knie- of elleboogprothese, netjes of bloedvaten in kunststof, platen, schroeven en nagels, katheters, ...

Het ziekenfonds voorziet in een terugbetaling voor de meeste implantaten. Van de verstrekkingen die niet ten laste van de ziekteverzekering zijn, moet een beschrijving gegeven worden. Bij de vergoedbare producten is de verkoopprijs in veel gevallen hoger dan de voorziene terugbetaling door het ziekenfonds, zodat je het verschil uit eigen zak moet bijpassen. Implantaten waarvoor geen patiëntaandeel mag worden aangerekend, bestaan wel, maar zijn beperkt in aantal (bv. pacemaker, hartklep). Het ziekenhuis mag naast het patiëntaandeel (het verschil tussen de kostprijs en de tegemoetkoming van het ziekenfonds) ook een afleveringsmarge aanrekenen voor implantaten. Die dekt o.a. aankoop, voorraadbeheer, steriliteit.

De afleveringsmarge bedraagt 10 % van de verkoopprijs inclusief BTW, met een maximum van 148,74 euro. Om de bedragen ten laste van de patiënt te kunnen controleren, moet de factuur van de firma die het ingeplante materiaal aan het ziekenhuis leverde, worden opgevraagd. Het deel dat de patiënt betaalt voor implantaten of prothesen is hetzelfde voor elk type kamer en kan oplopen tot ruim 1.800 euro. Mogelijk wordt het patiëntaandeel en de afleveringsmarge voor implantaten (deels) terugbetaald door de hospitalisatieverzekering of de aanvullende verzekering van het ziekenfonds. Kijk er de voorwaarden op na.

Niet-vergoedbare producten

De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen worden vermeld met hun naam, hoeveelheid en kostprijs.

Bij de niet-vergoedbare producten vind je de kostprijs van de geconsumeerde niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, de geneesmiddelen van categorie D.

Uitzonderlijk vind je hier ook:

- geneesmiddelen die zijn voorgeschreven voor een andere indicatie dan deze waarvoor de terugbetaling geldt mits akkoord van de adviserend geneesheer. Ze mogen echter alleen worden aangerekend als de adviserend geneesheer hiervan bericht kreeg;
- de uit het buitenland geïmporteerde geneesmiddelen die nog niet in België werden geregistreerd.

Als je weet dat er materiaal moet worden ingeplant, informeer je dan vooraf over de prijs.

Vergoedbare invasieve medische hulpmiddelen en gebruiksmateriaal

Voor een aantal chirurgische ingrepen, veelal op de buikholte of op gewrichten, is het niet nodig brede insnijdingen te maken om toegang te krijgen tot het operatieveld.

Een aantal ingrepen kan verricht worden door middel van één of meerdere kleine insnijdingen waarna een buisstructuur wordt ingebracht, uitgerust met een heel instrumentarium: licht, camera, snij-, knip-, brand-, hecht- en ander materiaal. Men spreekt van kijkoperaties of sleutelgatchirurgie. Meer geleerde termen zijn: endoscopische ingrepen, arthroscopie, laparoscopie of coelioscopie.

Bij endoscopische ingrepen, maar ook bij open chirurgie, wordt meer en meer gebruik gemaakt van materiaal dat meestal eenmalig wordt gebruikt (one use, disposables).

Het ziekenfonds betaalt het gebruikte materiaal bij tal van ingrepen terug. De patiënt betaalt een remgeld van 25 % tot 55 %. Voor materialen die gebruikt worden bij bariatrische chirurgie, dat zijn de zgn. vermageringsingrepen, ligt het percentage hoger.

Het deel dat de patiënt betaalt voor het gebruikte materiaal is hetzelfde voor elk type kamer en bedraagt van 25 tot ruim 1.000 euro naargelang de ingreep.

Mogelijk worden de remgelden voor materiaalkosten bij endoscopische ingrepen (deels) terugbetaald door de hospitalisatieverzekering of de aanvullende verzekering van het ziekenfonds. Kijk er de voorwaarden op na.

Niet-vergoedbare producten

Het ziekenhuis geeft een omschrijving van de levering en vermeldt de notificatiecode. Producten zonder deze code mogen niet aangerekend worden.

Rubriek III. MEDISCHE EN PARAMEDISCHE HONORARIA

Forfaitaire honoraria per opname

Een ziekenhuis mag forfaitaire honoraria in rekening brengen ter compensatie van de verminderde terugbetaling van sommige verstrekkingen of als beloning voor het organiseren van bepaalde diensten.

Die honoraria mogen aan eenieder worden aangerekend, ook als je zelf geen verstrekkingen van die aard hebt gehad. Afhankelijk van het ziekenhuis waar je verbleef kunnen meerdere forfaits worden aangerekend.

De forfaits per verpleegdag worden aangerekend in de rubriek 'verblijfskosten'.

De forfaitaire honoraria per opname betreffen klinische biologie, medische beeldvorming en medische wachtdienst.

Op twee van de forfaitaire honoraria per opname zit een persoonlijk aandeel:

| Forfaitaire honoraria met een persoonlijk aandeel | | |
|---|-------------------|---|
| Verstrekking | Remgeld | |
| | Gewone verzekerde | Verzekerde met verhoogde tegemoetkoming |
| Klinische biologie | € 7,44 | Geen |
| Consultance-honorarium medische beeldvorming | € 6,20 | € 1,98 |

Er mogen geen ereloonsupplementen aangerekend worden op de forfaitaire honoraria per opname en/of verpleegdag.

Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen

Elke patiënt, met uitzondering van verzekerden met verhoogde tegemoetkoming, betaalt per opname een vast bedrag van 16,40 euro, ongeacht of hij al dan niet technisch-geneeskundige verstrekkingen krijgt.

Dat wettelijke forfait wordt soms ook aangerekend met de omschrijving 'KB 18-12-1996' of 'KB 23-03-1982 (art 7 septies)'. Het bedrag mag niet worden aangerekend aan patiënten die werden overgebracht uit een ander ziekenhuis dat het forfait reeds factureerde.

Honoraria

De rubriek 'honoraria' vermeldt de erelonen voor verstrekkingen van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en vroedvrouwen. Van de honoraria zonder bedrag ten laste van de patiënt, krijg je alleen een totaalbedrag ten laste van het ziekenfonds en geen details. Alle terugbetaalde verstrekkingen waarbij aan de patiënt een remgeld en/of een ereloon-supplement wordt aangerekend moeten op de factuur gegroepeerd worden per verstrekker en per specialisme. Het specialisme moet op de factuur vermeld staan. Naast de naam van de verstrekker en zijn specialisme staat ook aangeduid of hij verbonden is (code "C"), niet-verbonden (code "NC") of gedeeltelijk verbonden (code "PC"). Er wordt tevens vermeld of het gaat om een eenpersoonskamer (code "P"), dan wel om een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer (code "M"). Indien er verstrekkingen worden aangerekend die niet worden terugbetaald in de ziekteverzekering, moeten die vermeld worden in een aparte rubriek, met vermelding van de naam van de verstrekker en de aard van de verstrekking. De formulering is vrij, maar de beschrijving dient duidelijk en beknopt te zijn. De patiënt moet in dit geval, met toepassing van de wet op de patiëntenrechten en tenzij hij dat weigert, vooraf worden geïnformeerd over de kostprijs. De prijsinformatie gebeurt best met een door de patiënt voor kennisname ondertekend document met gedetailleerde omschrijving(en).

Rubriek IV. ANDERE LEVERINGEN

Hier worden bloed, bloedplasma, bloeaderivaten, moedermelk, desinfecterende baden bij brandwonden, gipsbanden en ander gipsmateriaal vermeld. Het gaat om leveringen met een volledige of gedeeltelijke terugbetaling.

Rubriek V. DIVERSE KOSTEN

Het ziekenhuis factureert onder deze rubriek niet-medische producten en diensten waarvoor er geen terugbetaling is van het ziekenfonds, noch van de meeste hospitalisatieverzekeringen. In dat geval betaal je wat je consumeert. Het ziekenhuis mag dergelijke producten en diensten, die geen strikt medische indicatie hebben, alleen aanrekenen indien zij aangevraagd worden door de patiënt of zijn vertegenwoordiger. Bij opname in het ziekenhuis kan de patiënt of zijn vertegenwoordiger kennismaken van de lijst van deze producten en diensten met hun respectievelijke kostprijs. Voor de levering van producten en diensten die niet voorkomen op deze lijst, is het schriftelijke akkoord nodig van de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

In deze rubriek mogen nooit honoraria, geneesmiddelen of implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen worden vermeld.

Volgende goederen en diensten mogen hier wel aangerekend worden:

- **Kamercomfort:** telefoon, koelkast, televisie, internetaansluiting, ...
- **Kosten voor begeleidend persoon:** bed, maaltijden, dranken, ...
- **Eten en drinken:** bijkomende maaltijden/snacks, tussendoortjes, dranken, ...
- **Hygiëneproducten en toiletartikelen:** zeep, tandenborstel, tandpasta, kam, scheergerei, lippenzalf, papieren zakdoekjes, ...
- **Ambulancekosten** (de door het ziekenhuis betaalde factuur van de ambulancedienst wordt bij de ziekenhuisfactuur gevoegd).
- **Andere diensten:** manicure/pedicure, kapper, wasserij, ...
- **Andere goederen die de patiënt mee naar huis neemt:** pen & papier, fopspeen, papflles, oordopjes, een schoen voor een loopgips, coldpack, thermometer, krukken, ...

Producten met een APB/CNK identificatiecode die geen geneesmiddel zijn, worden aangerekend in de rubriek 'Apotheek – parafarmaceutische kosten'.

Kijk na wat men je allemaal aanrekent in de rubriek 'diverse kosten'. Soms wordt het hoger- vermeld facturatieverbod met de voeten getreden en zitten er toch honoraria, geneesmiddelen of materialen in de rubriek. Sommige ziekenhuizen blijken zeer inventief in het factureren van allerlei kosten die eigenlijk niet mogen aangerekend worden, bv. registratie, administratie, reservering, taksen, ...

Contacteer de **dienst ledenverdediging** van je ziekenfonds als je vragen hebt bij de aangerekende bedragen VOOR je betaalt.

Rubriek VI. DRINGEND ZIEKENVERVOER

In deze rubriek wordt het dringend ziekenvervoer aangerekend. Als het gaat om dringend interziekenhuisvervoer uitgevoerd door een 100-dienst, gelden de 100 tarieven en valt 50 % van de vervoerskosten ten laste van de ziekteverzekering.

Het interziekenhuisvervoer van prematuurtjes in levensgevaar naar en van een gespecialiseerde intensive care dienst is volledig ten laste van de ziekteverzekering.

AFREKENING

Onderaan de factuur worden in een kadertje de totalen vermeld voor rekening van het ziekenfonds en de patiënt, voor deze laatste uitgesplitst in persoonlijke tussenkomsten (wettelijk remgeld) en supplementen of andere bedragen. Het betaalde voorschot wordt in mindering gebracht, waarna het door de patiënt te betalen of door het ziekenhuis terug te betalen saldo wordt vermeld. Het te betalen factuursaldo stort je op eenzelfde dan wel op twee verschillende rekeningnummers, zoals vermeld staat.



12. Hoeveel **kost** een ziekenhuisopname?

Kan het ziekenfonds je vooraf meedelen hoeveel een bepaalde operatie of observatie je precies gaat kosten? Neen, dat kan niemand. Het ziekenfonds niet, het ziekenhuis niet en evenmin de arts. En wel om de eenvoudige reden dat niemand kan voorzien hoelang de opname zal duren, welke ingreep of andere verstrekkingen er precies uitgevoerd worden, of er ereloonsupplementen worden aangerekend, hoeveel en welke medicatie je nodig hebt, wat je zelf betaalt voor eventuele implantaten of endoscopisch materiaal, ...

We kunnen wel een en ander voorrekenen. Wie opgenomen wordt in een ziekenhuis krijgt een factuur. Het door de patiënt te betalen bedrag is samengesteld uit kosten die voor iedereen dezelfde zijn (vaste kosten) en kosten die in hoofdzaak

kunnen verschillen naargelang de arts en de kamerkeuze (variabele kosten).

Voor een identieke behandeling, in dezelfde omstandigheden, met eenzelfde verblijfsduur, in eenzelfde ziekenhuis zal het te betalen bedrag voor alle patiënten min of meer hetzelfde zijn. Als het gaat om een verblijf in een meerpersoonskamer en de arts is verbonden, dan zal het factuurbedrag vaak niet erg veel hoger zijn dan de vaste kosten. Al moet je wel de kosten voor medicatie, je eigen verbruiksgoederen (drank, tv, ...) en het patiëntaandeel voor eventuele implantaten of endoscopisch materiaal bijtellen.

Daarnaast zullen voornamelijk de kamer- en ereloonsupplementen het factuurbedrag aandikken.

Vaste kosten

Het gaat om kosten die aan eenieder worden gefactureerd, ongeacht het type kamer. De vermelde bedragen zijn de som van:

- het persoonlijk aandeel in de verpleegdag
- het dagforfait medicatie
- het persoonlijk aandeel in de forfaitaire honoraria
- het forfait technische verstrekkingen.

Vaste kosten bij een ziekenhuisopname (bedragen in euro, sinds 01/01/2011)

| Verblijfsduur | Gewone verzekerde | Verhoogde tegemoetkoming |
|-----------------|-------------------|--------------------------|
| 1 dag (1 nacht) | 72,36 | 7,72 |
| 2 dagen | 87,41 | 13,46 |
| 3 dagen | 102,46 | 19,20 |
| 4 dagen | 117,51 | 24,94 |
| 5 dagen | 132,56 | 30,68 |
| 6 dagen | 147,61 | 35,42 |
| 1 week | 162,66 | 42,16 |
| 2 weken | 268,01 | 82,34 |
| 3 weken | 373,36 | 122,52 |

Variabele kosten

Het gaat om kosten afhankelijk van de kamerkeuze, het verbintenisstatuut van de arts, de medische behandeling.

Kamersupplementen

In 54 % van de algemene ziekenhuizen betaalt u in 2010 50 euro of minder per dag voor een eenpersoonskamer, 30 % heeft eenpersoonskamers voor 25 euro of minder per dag. In 15 ziekenhuizen, alle in het centrum van het land, kost een eenpersoonskamer minstens 75 euro per dag. Het hoogst genoteerde kamersupplement bedraagt 190 euro/dag.

Geneesmiddelen

Het ziekenhuis factureert de niet-terugbetaalde geneesmiddelen naargelang het verbruik.

Implantaten

Het ziekenhuis factureert het vastgelegde bedrag voor de materialen die zijn opgelijst, dan wel het verschil tussen de effectieve kostprijs en de terugbetaling van het ziekenfonds, en daarbovenop een afleveringsmarge van 10 % met een maximum van 148,74 euro.

Het patiëntaandeel is hetzelfde voor elk type kamer.

| Voorbeelden van het patiëntaandeel voor terugbetaalde implantaten (bedragen voor 201 in euro, afleveringsmarge inbegrepen) | |
|--|----------------|
| Implantaat | Patiëntaandeel |
| Pacemaker | 148,74 |
| Hartklep | 148,74 |
| Ooglens | max. 104,01 |
| Heupprothese (exclusief cement) | max. 1.777,91 |
| Schouderprothese | max. 770,63 |
| Knieprothese | max. 1.370,06 |

Invasieve medische hulpmiddelen en gebruiksmateriaal

Het ziekenhuis factureert een persoonlijk aandeel van 25 % of 55 % van het gebruikte materiaal. Voor materialen die gebruikt worden bij bariatrische chirurgie, dat zijn de zgn. vermageringsingrepen, kan het persoonlijk aandeel oplopen tot 88 %.

Het deel dat de patiënt betaalt is hetzelfde voor elk type kamer en bedraagt van 25 tot ruim 1.000 euro naargelang de ingreep.

Honoraria

Het ziekenhuis factureert het persoonlijk aandeel in de honoraria, eventuele ereloon-supplementen en de eventuele honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden in de ziekteverzekering.

Een persoonlijk aandeel op een honorarium bij een ziekenhuisopname is eerder zeldzaam. Bijna alle verbintenis-honoraria worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds. Naast het persoonlijk aandeel in de forfaitaire honoraria die werden doorgerekend in de vaste kosten, zijn ze hoofdzakelijk beperkt tot toezichtshonoraria en kinesitherapie.

Het ziekenhuis kan ereloon-supplementen in rekening brengen voor zover de reglementering dat toelaat.

De meeste ziekenhuizen beperken de ereloon-supplementen tot de (hoofd)verstrekking chirurgie en de anesthesie.

In 2010 bedraagt het ereloon-supplement op eenpersoonskamers maximum 100 % in 51 % van de algemene ziekenhuizen. Een derde kondigt ereloon-supplementen aan van 200 % en meer. Vijf ziekenhuissites gaan tot 400 %, bij 14 andere ziekenhuissites is 300 % de bovengrens.

Ereloon-supplementen van 25 tot 400 % door niet verbonden geneesheren zijn mogelijk:

- op tweepersoonkamers in 26 ziekenhuissites;
- op gemeenschappelijke kamers in 13 ziekenhuissites.

Als een ziekenhuis de aangekondigde maximumereloonsupplementen ook effectief aanrekent, geeft dat de volgende bedragen ten laste van de patiënt:

| Voorbeelden van ereloonsupplementen ngl. verstrekking (bedragen in euro sinds 01/01/2011) | | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|----------|-----------|
| Verstrekking | Ereloon t.l.v. het ziekenfonds (*) | Ereloonsupplement t.l.v. patiënt | | |
| | | 100 % | 200 % | 300 % |
| Bevalling | 506,18 | 506,18 | 1.012,36 | 1.518,54 |
| Heupprothese | 1.231,11 | 1.231,11 | 2.462,22 | 3.693,33 |
| Lensimplant | 635,96 | 635,96 | 1.271,92 | 1.907,88 |
| Bypass | 3.625,66 | 3.625,66 | 7.051,32 | 10.576,98 |
| Liesbreuk | 370,66 | 370,66 | 741,32 | 1.111,98 |
| Galblaasresectie | 314,99 | 314,99 | 629,98 | 944,97 |

(*) honoraria hoofdverstrekking en anesthesie, maar exclusief eventuele medische beeldvorming, klinische biologie, inwendige geneeskunde, e.a. verstrekkingen

Diverse kosten

Het ziekenhuis factureert naargelang het verbruik van de patiënt.



13. De hospitalisatieverzekering

Het gaat niet zo best met de financiën in de ziekteverzekering. Dat is één van de redenen waarom de patiënt meer kosten aangerekend krijgt bij een ziekenhuisopname. Een ziekenhuisfactuur kan soms hoog oplopen. Zeker als je kiest voor een eenpersoonskamer of welbepaalde ziekenhuizen.

Om het risico op hoge kosten bij een opname te beperken, kiezen nogal wat mensen voor een hospitalisatieverzekering via een individueel contract bij een verzekeringsmaatschappij, een groepsverzekering of het ziekenfonds.

Grosso modo zijn er twee soorten hospitalisatieverzekering:

- verzekeringen die een forfaitair dagbedrag betalen;
- verzekeringen die geheel of gedeeltelijk tegemoetkomen in de werkelijke kosten.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben een eigen product ontwikkeld: **Hospitalia**. Je hebt er één van het type 'dagbedrag' en één van het type 'werkelijke kosten' met twee modules: **Hospitalia** en **Hospitalia Plus**. Beide kan je uitbreiden met een luik ambulante verzorging.

| HOSPITALIA Algemene informatie | | |
|--|---|---|
| | HOSPITALIA | HOSPITALIA PLUS |
| Maandbijdrage (bedragen op 1 januari 2011, jaarlijkse verhoging per 1 januari zijn mogelijk) | Van € 2,99 tot € 33,85 naargelang de leeftijdsgroep en het aansluitingsjaar | Van € 4,68 tot € 53,96 naargelang de leeftijdsgroep en het aansluitingsjaar |
| Leeftijdsgrens (niet van toepassing bij een gelijkaardige dekking vooraf) | 65 jaar | 65 jaar |
| Franchise | geen | geen |
| Grensbedrag | Max. 12.500 euro/jaar | geen |

| Terugbetalingen bij een ziekenhuisverblijf in België | | |
|--|---|--|
| | HOSPITALIA | HOSPITALIA PLUS |
| Verblijfskosten | | |
| Persoonlijk aandeel | Volledig | Volledig |
| Kamersupplement | Max. 75 euro/dag | Volledig |
| (Para)farmaceutische kosten, implantaten, medische hulpmiddelen | | |
| Dagforfait | Volledig | Volledig |
| Niet terugbetaalbare geneesmiddelen | Volledig | Volledig |
| Terugbetaalbare implantaten, medische hulpmiddelen en gebruiksmateriaal | Meerpersoonskamers: volledig Eenpersoonskamers: max. 100 % van het ziekenfondsbedrag met een max. van € 2.500 | Volledig |
| Niet terugbetaalbare implantaten, medische hulpmiddelen en gebruiksmateriaal | Geen | Volledig |
| (Para)medische honoraria | | |
| Persoonlijk aandeel | Volledig | Volledig |
| Forfait geneeskundige verzorging | Volledig | Volledig |
| Ereloonsupplementen | Meerpersoonskamers: volledig Eenpersoonskamers: max. 100 % van het ziekenfondsbedrag | Meerpersoonskamers: volledig Eenpersoonskamers: max. 300 % van het ziekenfondsbedrag |
| Niet-terugbetaalbare erelonen | Geen | Meerpersoonskamers: volledig Eenpersoonskamer: geen |
| Andere leveringen | | |
| Terugbetaalbaar | Meerpersoonskamers: volledig Eenpersoonskamers: max. 100 % van het ziekenfondsbedrag | Meerpersoonskamers: volledig Eenpersoonskamers: max. 300 % van het ziekenfondsbedrag |
| Niet terugbetaalbaar | Meerpersoonskamers: volledig Eenpersoonskamer: geen | Volledig |
| Diverse kosten | | |
| | Meerpersoonskamers: volledig behalve tv, drank, telefoon, en bloemen Eenpersoonskamers: max. € 25/dag kosten rooming-in voor kinderen <19 jaar. | Meerpersoonskamers: volledig Eenpersoonskamers: max. € 25 /dag kosten rooming-in voor kinderen <19 jaar. |

| Terugbetalingen bij one day in België | | |
|---------------------------------------|--|-----------------|
| | HOSPITALIA | HOSPITALIA PLUS |
| | Volledig, maar max. € 25 diverse kosten in eenpersoonskamers | Volledig |

De vermelde tegemoetkomingen zijn niet exhaustief: er bestaan naargelang de module ook terugbetalingen voor dringend vervoer, zware ziekten, verzorging voor en na de opname, bij een ziekenhuisverblijf in het buitenland enz. Bovenstaande tabel geeft een overzicht van tegemoetkomingen zonder melding te maken van eventuele uitzonderingen, beperkingen (bv. ngl. de dienst) of terugbetalingsvoorwaarden die statutair voorzien zijn. De vermelde voorbeelden gelden op 1 januari 2011 en hebben een informatieve waarde. De statuten zijn doorslaggevend.

Contacteer het ziekenfonds voor nadere informatie of vraag een exemplaar op van de 'algemene voorwaarden' die meer details geven. Je kan ook surfen naar www.hospitalia.be



14. Verzekerde met **verhoogde tegemoetkoming**

Bepaalde groepen van verzekerden hebben recht op een **hogere terugbetaling** door het ziekenfonds voor verstrekkingen geneeskundige verzorging. Ze betalen minder – en soms geen – remgeld bij een ziekenhuisverblijf, voor geneesmiddelen bij de apotheker en voor ambulante verstrekkingen door een arts, tandarts, kinesitherapeut, ...

Niet-verbonden vroedvrouwen en paramedische medewerkers moeten de verbintenis honoraria respecteren voor verzekerden met verhoogde tegemoetkoming.

Zodra de effectief betaalde remgelden in een kalenderjaar het plafond van 450 euro overschrijden, worden deze in het lopende jaar door het ziekenfonds terugbetaald (**maximumfactuur**).

Personen met de verhoogde tegemoetkoming genieten veelal ook een reductie op het openbaar vervoer en hebben mogelijk een vrijstelling of vermindering van bepaalde gemeente- of provinciebelastingen.

De verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend aan:

- rechthebbenden op bepaalde sociale voordelen;
- rechthebbenden met een bepaalde hoedanigheid na inkomensonderzoek;
- gezinnen met het omniostatuuat, toegekend bij een bescheiden inkomen na inkomensonderzoek.

Rechthebbenden met een bepaalde hoedanigheid

Wie wordt beoogd?

- weduwen
- invaliden
- gepensioneerden
- wezen
- eenoudergezinnen
- ambtenaren in disponibiliteit van minstens een jaar wegens ziekte of lichamelijke ongeschiktheid
- de gerechtigden die sedert ten minste 12 maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze
- personen met een erkende handicap zonder tegemoetkoming
- de ingezetene die ten minste 65 jaar oud is
- het lid van een kloostergemeenschap dat ten minste 65 jaar oud is
- militairen die om gezondheidsredenen tijdelijk, minstens een jaar, uit hun ambt zijn ontheven

Hoe kom je eraan?

Het recht op verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend door het ziekenfonds na een inkomensonderzoek.

Het bruto jaarlijks gezinsinkomen mag niet hoger zijn dan **15.364,99 euro**, verhoogd met **2.844,47 euro** per persoon ten laste (bedragen vanaf 1 september 2010).

Je moet het ziekenfonds een document 'verklaring op eer' bezorgen en bewijsstukken toevoegen inzake het gezinsinkomen.

Omnia statuut

Wie wordt beoogd?

Alle personen die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn waarvan het gezamenlijk bruto belastbare jaarinkomen lager is dan **15.163,96 euro**, verhoogd met **2.807,26 euro** per persoon ten laste (plafondbedragen, geldig voor aanvragen in 2011).

Hoe kom je eraan?

Het omnia statuut wordt toegekend door het ziekenfonds na een inkomensonderzoek.

Je moet het ziekenfonds een document 'verklaring op eer' bezorgen en bewijsstukken toevoegen inzake het inkomen.

Rechthebbenden op bepaalde sociale voordelen

Wie wordt beoogd?

- De persoon aan wie het leefloon (vroegere bestaansminimum) wordt verleend, gedurende minstens drie maanden zonder onderbreking of gedurende zes maanden in de loop van 12 opeenvolgende maanden.
- De persoon aan wie het OCMW-steun verleent, gedurende minstens drie maanden zonder onderbreking of gedurende zes maanden in de loop van 12 opeenvolgende maanden.
- De persoon die de inkomensgarantie voor ouderen, het gewaarborgd inkomen voor bejaarden of rentebijslag geniet.
- De persoon met een tegemoetkoming voor gehandicapten.
- Kinderen met verhoogde kinderbijslag uit hoofde van een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid.
- De persoon aan wie het OCMW een verwarmingstoeelage toekent.

Hoe kom je eraan?

Het recht op verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend op initiatief van het ziekenfonds, zonder inkomensonderzoek.

15. Overzicht van de voornaamste tarieven 2011

Ziekenwagenvervoer na een noodoproep van de dienst 100 (p. 7)

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Forfait per rit (1 tot 10 km) | € 57,07 |
| Vanaf de 11e km | € 5,70/km |
| Vanaf de 21e km | € 4,36/km |

Maximale voorschotten bij een ziekenhuisopname (p. 17)

| Verzekerd | Gemeenschappelijke en tweepersoonskamer | Eenpersoonskamer |
|--|---|--|
| Gewoon verzekerde | € 150 | € 150 vermeerderd met 7 maal het kamersupplement |
| De kinderen PTL* van een gewone verzekerde | € 75 | € 75 vermeerderd met 7 maal het kamersupplement |
| Verzekerde met verhoogde tegemoetkoming + PTL* | € 50 | € 50 vermeerderd met 7 maal het kamersupplement |

(*) PTL = personen ten laste

Persoonlijk aandeel (in euro) in de verpleegdag bij opname in een ziekenhuis (p. 26)

| Statuut verzekerde | 1ste dag(*) | 2e tot 90e dag (*) | vanaf de 91e dag (*) |
|---|-------------|--------------------|----------------------|
| Verzekerden met VT (**) en hun PTL (***) | 5,12 | 5,12 | 5,12 |
| Kinderen PTL van verzekerden zonder VT | 32,39 | 5,12 | 5,12 |
| Verzekerden met PTL en hun PTL (met uitzondering van de kinderen) | 41,70 | 14,43 | 5,12 |
| Verzekerden zonder PTL | 41,70 | 14,43 | 14,43 |
| Volledig werklozen -met gezinslast of alleenstaanden, die gedurende ten minste 12 maanden een uitkering krijgen en hun PTL (met uitzondering van de kinderen) | 32,39 | 5,12 | 5,12 |
| Gerechtigden die alimentatiegeld betalen bij gerechtelijke beslissing of notariële akte en hun PTL (met uitzondering van de kinderen) | 41,70 | 14,43 | 5,12 |

(*) dagbedragen in euro - de bedragen worden elk jaar per 1 januari geïndexeerd

(**) verhoogde tegemoetkoming (vroeger WIGW met voorkeurregeling)

(***) personen ten laste

Vaste kosten (in euro) bij een ziekenhuisopname (p. 31)

| Verblijfsduur | Gewone verzekerde | Verhoogde tegemoetkoming |
|-----------------|-------------------|--------------------------|
| 1 dag (1 nacht) | 72,36 | 7,72 |
| 2 dagen | 87,41 | 13,46 |
| 3 dagen | 102,46 | 19,20 |
| 4 dagen | 117,51 | 24,94 |
| 5 dagen | 132,56 | 30,68 |
| 6 dagen | 147,61 | 35,42 |
| 1 week | 162,66 | 42,16 |
| 2 weken | 268,01 | 82,34 |
| 3 weken | 373,36 | 122,52 |



Hospitalisatie en haar gevolgen... Denk eraan, want het kan verkeren.

Een ongelukje overkomt alleen de anderen. Maar die anderen, dat is wel jaarlijks 15% van de bevolking. Meestal is het niet erg, maar de kosten kunnen erg pijnlijk zijn. Het supplement voor een privékamer, de kosten van de ingreep, implantaten of protheses, bijkomend onderzoek of nazorg,... het loopt allemaal snel op. Je kan maar beter zorgen voor een waterdichte verzekering.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen het Hospitalia-gamma voor: uitstekende hospitalisatieverzekeringen die de meeste niet-terugbetaalde kosten dekken als gevolg van één of meerdere hospitalisaties. Meer dan 650.000 klanten stellen het voordelige tarief ten zeerste op prijs.

Je kiest de formule die het best bij jou past:

- **Hospitalia**, de basisverzekering, biedt al een heel ruime dekking.
- **Hospitalia Plus** biedt je meer comfort en de beste zorg.
- **Hospitalia Ambulant** betaalt ook verzorging buiten het ziekenhuis terug.
- **Hospitalia Continuïteit** biedt de voordelen van een hospitalisatieverzekering tegen een uitstekende prijs als de groepsverzekering van je werkgever afloopt.

Bezoek onze website voor meer info!

www.hospitalia.be - 0800 10 124

Hospitalia

Hospitalisatie zonder financiële zorgen

Hospitalia, de hospitalisatieverzekering van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Verdeeld door:

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**

:



euromut
onafhankelijk ziekenfonds
u het leven, wij de zorgen

securex
human capital matters

PARTENA
onafhankelijk ziekenfonds

**Brochures en praktische
info** om u te helpen

www.mloz.be



De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen groepeert:

